

Jihočeská universita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Antidekubitární péče a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných  
domovech pro seniory Jihočeského kraje**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Petra Stejskalová

## **Abstrakt**

Population aging is the most characteristic feature of the demographic development of the Czech Republic and other developed countries in Europe. This demographic development will continue in the years to come. It will be enhanced by aging of members of the populous age-group and afterwards in particular by the increasing life expectancy. A large number of clients of retirement homes are immobile and incline to decubitus development. The objective of my work was to find differences in anti-decubitus equipment used in selected retirement homes and to ascertain awareness of nurses working in those facilities in respect of modern means to treat decubitus. I obtained the information by a questioning method, using a questionnaire completed by nurses working in retirement homes in the Region of South Bohemia; for comparison, the questionnaire was completed by nurses from a retirement home in the Region of Central Bohemia. A directed interview with selected seniors was also used. The results of the work may be used for analysis of different approaches, as far as usage of wound healing means is concerned, and for possible creation of a comprehensive conception in the field of application.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „Antidekubitární péče a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 12.8.2009

.....

Jméno studenta

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za cenné rady, podněty, připomínky a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

Rodině a dětem děkuji za pochopení, trpělivost a podporu.

## Obsah

### ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV .....	7
1.1 Charakteristika domova pro seniory .....	7
1.2 Z historie domovů pro seniory .....	7
1.3 Formy péče o seniory .....	8
1.4 Anatomie a fyziologie kůže .....	9
1.4.1 Skladba kůže.....	9
1.4.2 Přehled funkcí kůže .....	10
1.5 Dekubitus - proleženina .....	12
1.5.1 Charakteristika dekubitů.....	12
1.5.2 Klasifikace dekubitů.....	13
1.5.3 Lokalizace dekubitů .....	16
1.5.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů .....	16
1.5.5 Faktory ovlivňující tvorbu proleženin .....	17
1.5.6 Infekce .....	19
1.5.7 Prevence vzniku dekubitů .....	20
1.6 Polohování .....	20
1.7 Antidekubitární pomůcky .....	23
1.8 Klasické prostředky hojení ran .....	25
1.9 Moderní prostředky hojení ran.....	26
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	29
2.1 Cíl práce .....	29
2.2 Předpokládané hypotézy .....	29
3. METODIKA .....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4. VÝSLEDKY .....	31
4.1 Výsledky dotazníkového šetření zdravotních sester v domovech pro seniory ...	31
4.2 Řízený rozhovor s imobilními seniory v domově pro seniory Chvalkov .....	54
5. DISKUZE .....	56
6. ZÁVĚR .....	62
7. KLÍČOVÁ SLOVA .....	63
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	64
9. PŘÍLOHY .....	68

## ÚVOD

Bakalářskou práci na téma – Antidekubitární péče a rozdíly v ošetřování dekubitu ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje jsem si vybrala, protože si myslím, že vzhledem ke stárnutí naší populace bude toto téma v naší společnosti čím dál více aktuální. Stárnutí je zákonitý, přirozený fyziologický proces lidského organismu, který se vyznačuje nástupem určitých nevratných změn omezujících zdatnost, výkonnost, odolnost a adaptabilitu staršího člověka. S nástupem období stáří přicházejí různá akutní onemocnění, která často přecházejí v chronickou formu s degenerativními procesy, stoupá riziko nesoběstačnosti (nejvíce od 75 let věku). S prodlužujícím se průměrným věkem, kdy střední délka života při narození - je v ČR nyní u mužů 72,9 a u žen 79,1 roku. Od 1990 se prodloužila u mužů o 5,3 a u žen o 3,7 roku, zatímco předtím se 20 let (1970- 1990) prakticky neměnila. Tím dochází výrazně ke stárnutí staré populace a zvyšuje se počet zájemců o služby v domovech pro seniory.

Jak všichni víme, změna prostředí je ve stáří závažný stresor, který výrazně zasahuje do integrity starého člověka. Maximální délka života může být dosažena pouze v ideálním prostředí a podmínkách. Ne všichni senioři žijí ve vhodných podmínkách, při zhoršování soběstačnosti starého člověka jsou na rodinu, blízké okolí kladeny zvýšené nároky, které ne všichni vzhledem např. k pracovnímu vytížení jsou schopni zabezpečit. A proto péči o seniora, často již imobilního, přebírá domov pro seniory .

Jedním z obávaných onemocnění, postihující starší osoby s omezenou pohyblivostí, jsou dekubity, které se v budoucnu stanou ještě závažnějším problémem než dosud. Mohou vést k nebezpečným komplikacím a kladou velké nároky na již i tak přetížený systém zdravotní péče.

Cílem naší práce byla snaha o zmapování současné situace materiální vybavenosti antidekubitárními pomůckami domovů pro seniory, protože právě tyto pomůcky mohou ve vysoké míře zkvalitnit závěrečnou životní etapu každého člověka.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### ***1.1 Charakteristika domova pro seniory***

Domovy pro seniory jsou zařízení sociální péče určené pro dlouhodobou péči o seniory podle § 72 vyhlášky č. 182/1991 Sb. Jsou určeny především lidem, kteří mají trvalé změny zdravotního stavu a potřebují komplexní péči, která jim nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí a dále pro staré občany, kteří toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Obyvatelům domova pro seniory jsou poskytovány komplexní služby zejména v rozsahu bydlení, zaopatření, zdravotní péče, kulturní a rekreační péče. Mohou být zde zřizována samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetřování osob upoutaných na lůžko.

Zdravotní kontraindikace přijetí do domova pro seniory jsou uvedeny ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. Jde o *stavy vyžadující léčení a trvale odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Dále pak i infekční a parazitární choroby, může-li být klient zdrojem nákazy.* ( 12 ).

Podle statistických průzkumů a odhadů byl v Jihočeském kraji počet osob starších 80 let 15 tis. ( v roce 2000) . Odhady na rok 2010 mluví již o 18 tisících starších 80 let.. V porovnání vybavenosti jednotlivých krajů službami pro staré občany, je pro Jihočeský kraj uvedena vybavenost na 1000 osob 3,96 domovů pro seniory. V rámci České republiky se tímto počtem řadí na 1. místo v počtu domovů pro seniory na 1000 obyvatel celkem. ( 1 ).

### ***1.2 Z historie domovů pro seniory***

Lékařská a zdravotní péče, až do osvícenského rozvoje přírodních věd a tím i medicínského poznání, byla záležitostí ambulantní, probíhající převážně v domácnostech pacientů. Špitály byly převážně malé pro několik osob a měli azylový charakter. Nebyla rozlišována nemoc od sociální situace. V souvislosti se vznikem novodobé medicíny a celoevropské reformy zdravotnických systémů byly zakládány všeobecné nemocnice nového typu, orientované na léčení, nikoli na azylovou pomoc. V 18. století vznikaly kromě chorobinců i starobince, chudobince či nalezince jako

předchůdci dnešních léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů pro seniory. Po vzniku Československé republiky byly zakládány zaopatřovací ústavy. Po 2. světové válce byla veškerá ústavní péče podřízena ministerstvu zdravotnictví. V roce 1954 převzal Státní úřad důchodového zabezpečení řízení ústavů sociální péče s důrazem na hmotné zabezpečení jejich obyvatel. Zlatým věkem klasických domovů pro seniory byla 50. až 70. léta 20. století. Ošetrovatelsky nároční či zdravotně labilní nemocní zůstávali na interních odděleních. Od 70 let se začala projevovat krize tradičních domovů pro seniory. Původní obyvatelé zestárli, lidé sem přicházeli v horším stavu a přibývalo ošetrovatelsky náročných ležících osob, což vedlo k vytváření ošetrovatelských oddělení v domovech pro seniory. ( 12 )

Před rokem 1989 existovalo kromě ústavní péče jen malé spektrum sociálních služeb. Po změně politických poměrů došlo k rozvoji určitých chybějících služeb, především díky nestátnímu neziskovému sektoru a to i při absenci legislativy, která by poskytování těchto služeb usnadňovala. ( 45 )

### ***1.3 Formy péče o seniory***

Neexistuje všeobecně přijatelná definice stáří, jedna z možných definic je označující stáří jako projev a důsledek involučních změn, funkčních a morfologických probíhajících druhově specifickou rychlostí a individuální variabilitou. ( 12 )

OSN bere ve svých materiálech a statistikách za základ stáří 65 let. V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60. letech B.L. Neugartenová ( Neugarten, 1966 ) pojmy *mladí senioři* pro věk 55-74 let a *staří senioři* pro 75 a více let. Z tohoto pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří. (13,23)

- 65-74 let: mladí senioři
- 75- 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Postupné změny v soběstačnosti, postupné narůstání závislosti a potřeby kompenzace individuálně se vyskytujících handicapů našly řešení ve vzniku denních center,



domovinek, denních nemocnic, denních či nočních stacionářů, ( 1 ) domovů s pečovatelskou službou.(viz. Příloha č. 3, Statistická ročenka ) ( 8 )

#### ***1.4 Anatomie a fyziologie kůže***

**Kůže** (cutis) je anatomicky i fyziologicky specializovaná hraniční vrstva, tvořící kompaktní vnější povrch lidského těla a tím představuje velkou styčnou plochu mezi tělem a prostředím a současně i ochranu proti nejrůznějším zevním vlivům. ( 2 )

Kůže je největší plošný orgán lidského těla s plochou asi 1,5 – 1,8 m<sup>2</sup> a hmotností přibližně 4,5 kg. Má komplexní stavbu, která jí umožňuje vláčně se přizpůsobovat pohybům a změnám tvaru těla. ( 6 )

##### ***1.4.1 Skladba kůže***

**Pokožka** ( epidermis ) je složena z několika vrstev buněk, které na povrchu zrohovatí a olupují se a jsou okamžitě nahrazovány rychle se dělícími buňkami z hlubších vrstev epidermis. ( 27 )

- Základní vrstva
- Ostnitá vrstva
- Zrnitá vrstva
- Světlá vrstva
- Rohová vrstva

Buňky pokožky obsahují bílkovinu, která je špatně rozpustná ve vodě. Důležitými diagnostickými ukazateli jsou teplota a barva kůže. Barva závisí nejen na přítomnosti barviva melaninu, ale i na průsvitu povrchových vlásečnic a tím odráží stupeň prokrvení. Dobře prokrvená kůže je červená a teplá, hůře prokrvená bledne a chladne

při městnání krve ve vlasečnicích, až zmodrá díky odkysličení většího množství krevního barviva. Při silnějším mechanickém podráždění kůže lze sledovat do 15 sekund vytvoření v uvedeném místě bílé čáry, což je fyziologická reakce kožních vlasečnic a během dalších 10 sekund rozšířením kapilárního řečiště čára zčervená a nakonec po několika minutách kůže v místě podráždění zduří. Této reakci kůže říkáme dermatografismus. (28)

### Škára ( Corium )

Škára vybíhá proti pokožce bradavkovitými výběžky, v kterých jsou nervová zakončení umožňující vnímání bolesti tepla, chladu a hmatové počítky. Tyto receptory nejsou v kůži rozloženy rovnoměrně. Na 1 cm<sup>2</sup> kožního povrchu připadá 1 – 2 citlivé body pro teplo, 12 - 13 pro chlad, 25 bodů dotykových a 100 – 200 pro bolest. ( 28 )

Ve škáře jsou uloženy 2 typy kožních řas:

- Mazové žlázy
- Potní žlázy

### Podkoží

Je tvořeno sítí kolagenních a elastických vláken mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky. Podkožní vazivo je potencionální tukovou tkání schopnou ukládat v buňkách velké množství tukových kapének. I u velmi štíhlých osob tato vrstva má velký izolační význam. Přitom průměrná síla vrstvy podkožního tuku je u dospělých osob s přiměřenou tělesnou hmotností asi 1,5 až 2 cm. ( 7 ) Kromě mechanické a tepelně-izolační funkce je i energetickou zásobárnou organismu.

#### *1.4.2 Přehled funkcí kůže*

Funkce a úkoly kůže vyplývají z jejího postavení a spočívají primárně v ochraně vnitřního prostředí před nepříznivými změnami prostředí zevního. ( 32 )

Ochranné funkce kůže jsou velmi komplexní. Kůže odolává (v určitých hranicích), nebo aspoň minimalizuje škodlivé účinky mechanických, osmotických, chemických, tepelných a světelných vlivů. ( 32 )

- Bariéra proti infekci
- Termoregulace
- Resorpční a exkreční činnost kůže
- Kůže jako prostředek sociální komunikace
- Regenerace kůže

Epidermální vrstva kůže patří ke tkáním, které trpí přímým a často i poškozujícím vlivem zevního prostředí. Její zralé povrchové buňky se trvale odírají a olupují a jsou rychle nahrazovány proliferací a diferenciací buněk z vnitřních vrstev. Tato náhrada, tj. obnovování buněk, závisí na kmenových buňkách. Období od chvíle, kdy se buňka zrodí v bazální vrstvě, až do okamžiku, kdy je odloupena z povrchu kůže, trvá 24 týdny, a to v závislosti na oblasti povrchu těla. Kmenové buňky existují i ve žlázách spojených s epidermis (jako jsou např. potní žlázy), ale programy buněčné obnovy jsou zde jiné, než v samotné epidermis. Díky kmenovým buňkám se také reparují zničená místa epidermis. Do poškozeného okrsku migrují z okolí zdravé epidermální buňky, proliferují a vykrývají defekt. Musí se však nahradit i zničené kmenové buňky, ty vznikají dělením, přičemž se z jedné kmenové buňky nevytvoří jedna nová kmenová a jedna, která se vydá na cestu diferenciace, ale dvě kmenové. ( 29 )

#### Sekrece cytokinů v kůži

Ve zdravé kůži nezbytně existuje rovnováha mezi počtem keratinocytů, produkovaných v bazální buněčné vrstvě a množstvím šupin, deskvamovaných z kožního povrchu. Taková stabilní epidermis je výsledkem rovnováhy mezi stimulačními a inhibičními růstovými faktory - cytokiny - v kůži.

Cytokiny jsou produkovány keratinocyty. Představují 3 skupiny: růstové faktory, interleukiny a CSF (kolonie stimulující faktory). Většina faktorů je stimulačních (velmi potentním aktivátorem je interleukin 1); inhibiční faktory, produkované keratinocyty autokrinně tlumí jejich vlastní růst. Řada cytokinů rovněž zprostředkovává v kůži imunitní reakce. Keratinocyty odpovídají i na cytokiny produkované jinými buňkami. Cytokinů zejména přibývá v zanícené nebo poraněné kůži. Při poškození keratinocytů UV-zářením, popálením, mechanickým poraněním, bakteriální nebo virovou infekcí se tyto buňky aktivují a uvolňují mnoho cytokinů. Ty se vážou na receptory různých zánětlivých buněk i keratinocytů samotných, což vede k produkci dalších cytokinů, např. i z monocytů/makrofágů. Buněčné interakce, podmíněné účinky cytokinů, směřují k procesům zánětu, buněčné migrace, depozice nového materiálu, jeho zrání a nakonec zahojení poranění. ( 32 )

## ***1.5 Dekubitus - proleženina***

### *1.5.1 Charakteristika dekubitů*

**Dekubity** jsou rány (poškození tkáně) vyvolané tlakem, vznikají většinou v místech s malou vrstvou tukové, svalové tkáně, tlakem z vnějšího prostředí proti kosti (čím je slabší vrstva těchto podkožních tkání, tím je větší nebezpečí vzniku dekubitů). Rozsah poškození tkáně je závislý na vzájemném působení, době a intenzitě tlaku, na celkovém stavu postiženého (hmotnosti postiženého, jeho pohyblivosti, odolnosti organismu na tlak, metabolickém stavu tkání, stavu řídicích orgánů - mozku a míchy) a na vlivu vnějšího prostředí (mechanické, chemické vlivy, infekce). Po dobu působení tlaku jsou tkáně špatně zásobovány živinami a kyslíkem a tak dochází k jejich postupnému odumírání, vznikají dekubity.

Nejméně odolné tkáně na tlak jsou tukové vrstvy a potom svaly, které leží v hloubce, a tak proto tlakové poškození postupuje vždy z hloubky na povrch a ne naopak. Vzniklý dekubit na povrchu vypadá podstatně lépe, než je skutečné vnitřní poškození tkání, podkoží, tukových vrstev a svalů. Stav poškození tkání je často velmi podceňován, protože viditelná část dekubitu může představovat pouze "špičku ledovce".

Nejodolnější vůči tlaku je vrchní, krycí vrstva kůže (tloušťka kůže kolísá v různých místech těla mezi 1-4 mm, nejsilnější je na dlaních a na chodidlech), méně odolné na tlak je podkoží.

Proleženiny se tvoří velmi rychle a v některých případech vznikají řádově během desítek minut až hodin (nejvíce u čerstvých úrazů, při postižení míchy, po operacích), někdy i za delší dobu působení tlaku. Do rizikové skupiny osob s častým výskytem dekubitů patří ležící pacienti, plegici s poškozením míchy, lidé ve vážném celkovém stavu a v bezvědomí (po úrazech apod.), a osoby starší 70 let. Zhoršuje se soběstačnost, stoupá riziko úmrtnosti (nebezpečí vzniku infekcí).

Převážná většina dekubitů se vyskytuje nejčastěji v pánevní oblasti - křížové oblasti, v oblasti kyčelního kloubu a kostrče a někdy také na patách. Méně často se dekubity vyskytují i v jiných oblastech - např. zadní část hlavy, lícní kost, ramena, kolem lopatek, boční strany kolen, kotníky, v oblasti palce u nohy, plosky chodidel apod. ( 3 )

### *1.5.2 Klasifikace dekubitů*

Dekubitem označujeme jakoukoli ránu vzniklou trvalým tlakem, následkem je poškození podkožních tkání.

Existují 4 stupně dekubitů, které byly vytvořeny pro lepší komunikaci zdravotníků a pro lepší analýzu problémů.

#### **I. stupeň - dekubity bez poškození kůže**

- mírný otok namáhané oblasti, jemné začervenání, zarudnutí kůže, pokožka není většinou z vnějšku poškozena, při stisknutí kůže na krátký okamžik – kůže nezbělí, ale zůstane zarudlá
- změny jsou reverzibilní, zvrátané, po odlehčení tlaku se během relativně krátké doby (0,5-2 hod.) se obnoví krevní zásobování tkání a zarudnutí se postupně ztrácí

- u dekubitů nad tlakovými body plošky chodidla bývá prvním příznakem tlakového přetěžování zrohovatění pokožky, otlaky, které mohou, zejména při poruše citlivosti, přejít ve vakovitý dekubit vyššího stupně
- vcelku lehký dekubit se může velmi rychle dramaticky změnit v nejtěžší typ poškození, nebezpečí mylné diagnózy - v postižené krajině jsou delší dobu pouze nepatrné, velmi nenápadné změny (mírný otok, mírné zarudnutí kůže)
- problematické je zjištění dekubitů 1.stupně u tmavšího zbarvení kůže (černoši, asiáté, romové, apod.)

## **II. stupeň - dekubity s částečným poškozením kůže**

- postižená oblast je oteklá nebo zatvrdlá, namodralá, nahnědlá, začervenalá, má modré zbarvení kůže, po tlakové zkoušce se neobnoví oběh (stlačení postiženého místa, místo po stisku zbělá a zůstane bílé), tkáně začínají odumírat
- objevují se puchýře, které se snadno strhnou a obnažuje se spodní vrstva pokožky, defekt má ostré okraje, bohatě secernuje
- částečná ztráta kůže zahrnující pokožku nebo podkoží (nebo obojí, vypadá jako odřeninina, oděrka, puchýř, nebo mělký kráter - primárně poškozeno podkoží s částí podkožních cév, dále později nelze vyloučit možnost odumírání tkání)
- tvorba nové kůže je možná, ale vzhledem ke špatně prokrvené a někdy i nektrózami prostoupené spodině jde o dost dlouhodobý proces (pokud došlo k poškození tukové vrstvy, svalů a epitelové vrstvy, pokožky)

## **III. stupeň - dekubity se zničením všech vrstev tkání stlačených mezi kostí a podložkou**

- postižené místo mění barvu na sytě červenofialovou až černou. Nekrotická oblast se začíná ohraničovat od zdravé tkáně, zpočátku suchá nektróza se vlivem infekce mění.
- po odstranění odumřelých tkání vznikají vředy s širokými okraji, protože defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže.

#### **IV. stupeň - dekubity komplikované záněty kostí a hnisavými záněty sousedních kloubů**

- zevní vzhled těchto typů může být stejný jako u předešlých typů, ale navíc, kromě zánětů kostí (osteomyelitis), se objevují i infikované klouby - kyčelní, křížokyčelní, kolenní, loketní apod.
- odloučením nekrotických tkání vzniká různě velká dutina s rozbředlými částmi podkožního tuku, svalů, facie.
- často jsou kožní okraje vředu podminovány a rozsah je mnohem větší než naznačuje kožní defekt.
- konzervativní cestou (spontánně) se tyto dekubity nezhojí, řeší se většinou pouze operativní cestou v nemocničním zařízení ( viz. Příloha č. 4 ) ( 4, 31 )

#### **Zvláštní druhy dekubitů:**

- Dekubity kombinované
- Dekubity po sádrových a jiných typech obvazů a po protetických pomůckách zde se kombinuje původně tlak otokové tekutiny s městnáním krve v krevním i lymfatickém mízním) oběhu, jsou lokalizovány nad kostmi nebo nad nerovnostmi sádry.
- Dekubity u spastických plegií - vyskytují se častěji a mají horší prognózu, protože tření a nárazy během spasmu přispívají ke vzniku dekubitů U spastiků se nejčastěji vyskytují dekubity v sakrální oblasti a dekubity na vnitřních plochách kolen (při spasmu adduktorů - přitahovačů)
- Heterotopické osifikace- vznikají často u plegiků s dekubity - jedná se o útvary připomínající kost, které se objevují v měkkých tkáních v okolí kloubů a kostí pod úrovní nervové léze (nejčastěji okolo kyčelního kloubu a kosti sedací a v okolí dekubitů) tvoří se velmi brzo po úrazu, postupují do určitého bodu, poté obvykle nastává stabilizace. ( 5, 31 )

### *1.5.3 Lokalizace dekubitů*

Dekubity se většinou vyskytují nad kostními výběžky, tj. v místech, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (působení tlaku na měkké tkáně mezi kostní prominencí a vnějším prostředím) týlní krajina, loketní oblasti, hřebeny lopatek, žebra, výběžky obratlů na páteři, pas, oblast kosti křížové, kyčelní krajina, kyčelní kost, sedací hrboly, kloubní hrboly kosti stehenní a kosti holenní, kolena, hlavice lýtkových kostí, kotníky, paty, tlakové body plosek chodidel, dále spánek, uši, lícní kosti, sanice, ramena, malíček, palec, a všechna ostatní místa s malou tukovou vrstvou.(16)

### *1.5.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů*

Posouzení ohroženosti vznikem a progresí dekubitů patří k základním výstupům komplexního geriatrického hodnocení. Použití kteréhokoliv systému hodnocení pomůže určit rizikové pacienty a plánovat jejich ošetření tak, aby se vzniku dekubitů zabránilo. Hodnocení pacientů je prováděno při příjmu a dále v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a při změně. Doporučeno je rozpětí od maxima 1x denně po minimum 1x týdně. Zásada je vše zdokumentovat.( 13, 20 )

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje řada stupnic. V zahraničí je popsáno 17 různých hodnotících škál - Nortonová, Bradenová, Waterlow, Shanon, klasifikace dle Torrance a Stirlinga, klasifikace dekubitů dle Guttmana, klasifikace Byrne a Feld. Nejčastěji se používají stupnice podle Nortonové, Bradenové či Waterloa. V české republice se v současné době nejvíce používá rozšířená škála Nortonové.(viz příloha č. 5 ) ( 12, 15,21 )



### 1.5.5 Faktory ovlivňující tvorbu proleženin

- Vlhkost: snižuje odolnost kůže proti působení mechanických sil.
- Hygiena: správná hygiena snižuje počet mikroorganismů na kůži ( 15 )
- Tlak: intenzita a doba jeho působení. Doba, po kterou může být tkáň vystavena tlaku bez poškození nelze přesně určit, závisí to na dalších příčinných faktorech, přičemž nízký tlak působící delší čas je pro vznik dekubitů horší než krátkodobý vysoký tlak. ( 21 )
- Výživa: dlouhodobá neadekvátní výživa je důvodem snížení tělesné hmotnosti, poškození podkoží a svalové atrofie. Hypoproteinémie vzniklá neadekvátním příjmem zapříčiňuje negativní dusíkovou bilanci, která je predisponujícím faktorem vzniku edému. ( 15 )
- Hydratace :
- Kachexie: jedná se o zvláštní variantu malnutrice vyskytující se obvykle současně s jiným těžkým onemocněním. Je provázena zvýšeným bazálním metabolismem a katabolismem ( tzv. malnutrice při stresovém hladovění. ( 30 )
- Tření: Tato síla působí souběžně s kůží, dochází jí k odírání kůže. Tato se pak stává náchylnější na vznik dekubitů
- Střížná síla: je výsledkem kombinace tlaku a tření s nejčastějším působením ve Fowlerově poloze. Člověk v této poloze tendenci sklouzávat z lůžka dolů, vnitřní hluboké tkáně nad kostí křížovou jsou v pohybu v porovnání s kůží, která je ve vztahu k lůžku relativně nepohyblivá. Jedná se tedy o sílu působící na rozhraní povrchových a hlubokých tkání. Poškozeno je krevní řečiště a tkáně této oblasti. ( 21 )
- Mobilita: za normálních okolností člověk mění polohu, paralýza, senzorické poruchy, apatie, slabost a změna vědomí může snižovat schopnost člověka změnou polohu reagovat na tlak. ( 15 )

- Poruchy centrální nervové soustavy: Nervový systém se senzitivní, vegetativní a motorickou složkou podílí na správném prokrvení kůže podkoží. Při poruše mozkové činnosti se úplně ztrácí schopnost člověka měnit polohu a tím reagovat na tlak. ( 21 )
- Věk: lidé ve vyšším věku, kdy je již omezena regenerační schopnost organismu jsou velmi rizikovou skupinou. ( 21 )
- Tělesná teplota: zvýšená tělesná teplota zrychluje metabolismus buněk, čímž zvyšuje potřebu kyslíku. Těžké infekce doprovázené vyšší teplotou mohou ovlivňovat zvládnutí následků vyvolaných kompresí. ( 15 )
- Souběžná nemoc: dlouhotrvající choroby, cukrovka, jaterní onemocnění, rozvrat vnitřního prostředí, selhání ledvin, malignity, infekce, onemocnění srdce, cév, aterosklerosa, anemie narušují obranyschopnost a regeneraci a pro vznik dekubitu musí působit alespoň 2 příčiny. ( 21 )
- Inkontinence - působením moči, stolice se narušují povrchové vrstvy kůže - vyvíjí se macerace (změkčení, rozklad povrchových vrstev kůže), takto porušená kůže je méně odolná vůči infekci a mechanickým vlivům.(5)
- Infekce - dekubity jsou téměř vždy infikované rány, k infekci dochází z blízkého okolí rány - močí, stolicí, potem (dekubity v pánevní oblasti), dále se infekce šíří cévami krví ze vzdálených infekčních ložisek, a nebo se mohou blízké dekubity infikovat mezi sebou hnisem. (5)
- Ostatní faktory: chybné zdvihající techniky, nesprávné polohování, opakované injekce do stejných míst, tvrdé podložky, nesprávná aplikace na snižování tlaku. ( 15 )

### 1.5.6 Infekce:

Každá porucha prokrvení oblasti rány zvyšuje riziko infekce, samotná rána je osídlena choroboplodnými zárodky, tvoří ideální živnou půdu pro bakterie a vznik infekce (nekrotická, mrtvá tkáň - není prokrvovaná, v hlubokých ranách se tvoří sekret). Pokud si s toxickými bakteriemi tělo neporadí, tak proniknou hlouběji do rány, kde poškodí tkáň, rozmnoží se a vyvolají zánětlivou reakci, tj. "ranou infekci". Inkubační doba bývá kolem 8-10 hodin, poté počet bakterií začne rychle narůstat. To platí obecně pro všechny otevřené rány, a tedy i pro dekubity. U dekubitů 3. - 4. stupně (někdy i 2. stupně) je vhodné provádět stěr biologického materiálu k rozboru na bakteriologii, stěr se odebírá z hloubky a okrajů rány, protože v těchto oblastech je nejvyšší koncentrace bakterií. Některé zdroje uvádějí, že provádění stěru nemá velkou vypovídací hodnotu, protože dekubity 3.-4.stupně jsou VŽDY infikované a také proto, že analýzou nelze vyhodnotit původce infekce, ale pouze povrchové osídlení rány bakteriemi.(4,22)

Druhy infekcí dle vzhledu a zápachu sekretu:

- Stafylokok- smetanově žlutý sekret bez zápachu, zlatý stafylokok
- Streptokok - řídký, žlutošedý sekret.
- Pseudomonas -modrozelenavý,nasládle páchnoucí sekret.
- Escherichia coli - nahnědlý sekret páchnoucí po fekáliích , bývá u dekubitů v sakrální oblasti - špatná hygiena. ( 4 ,22 )

### *1.5.7 Prevence vzniku dekubitů*

Klíčový význam má identifikování rizikových nemocných a zajištění včasné prevence, protože léčba je velmi náročná a ne vždy úspěšná. Cílem všech preventivních opatření je omezit na minimum všechny místní i celkové příčiny vzniku dekubitů ( 31,25,19 )

- ❖ Sestra ohodnotí pacienta v riziku k dekubitům, stanoví ošetrovatelský postup, kontrolu a motivaci pacienta.
- ❖ Musí mít vynikající znalosti a také pozitivní přístup k problematice.
- ❖ Velmi důležité je kvalitní dobře ustlané lůžko a matrace
- ❖ Zapojení nemocného do aktivních pohybů
- ❖ Masáže okolí ohrožených míst
- ❖ Pravidelná denní kontrola ohrožených míst, polohování
- ❖ Použití pomůcek snižujících působení tlaku
- ❖ Péče o hydrataci a nutrii
- ❖ Úprava celkových příčin

### *1.6 Polohování*

První pokusy s pasivní mobilizací pacienta a také úspěchy v léčbě dekubitů zaznamenali zdravotníci po 2. světové válce, kdy se prvním účinným nástrojem stal Strykerův rám (tzv. circle bed), v němž připoutaným pacientem mechanicky otáčeli. Při této pasivní mobilizaci pacienta dosáhli i nečekaných výsledků v léčbě poranění páteře a hlavy. Prevence i léčba dekubitů dlouhou dobu pak spočívala zejména v polohování pacientů, kteří byli podkládáni a otáčeni sestrami, což přinášelo velkou ztrátu času a fyzickou náročnost, takže pacienti nebyli polohováni dostatečně často a boj s dekubity se protahoval. ( 18 )

Nedílní součástí prevence vzniku dekubitů je systematická, přesnými pravidly se řídící, změna polohy pacienta na lůžku, v křesle nebo na vozíku, která se provádí v přesných časových intervalech. Pohyb na lůžku je velmi důležitý, aby se zabránilo působení dlouhodobého tlaku na jedno místo. Pravidelnými změnami polohy pacienta se zabraňuje nadměrnému působení tlaku na tlakové body (přes kostní prominence) a zajišťuje se tak potřebné okysličování a prokrvování podkožních tkání, většinou se používají boční a šikmé boční polohy, na břicho se polohuje pouze výjimečně.

Nikdy se nepolohuje na existující dekubit, intervaly mezi změnami poloh se musí řídit podle okamžitého stavu pacienta, mohou kolísat mezi 10 min.- 4 hod.

Nedílnou součástí polohování je přesný písemný denní plán polohování - záznam formou tzv. polohovacích hodin nebo tabulky. ( naplánování časových úseků pro každou polohu ve dne i v noci, plán po 2 hodinách ), vč. použití konkrétních polohovacích pomůcek pro každou polohu těla. Důležité také je sledovat úroveň pohodlí pacienta a hlavně umět naslouchat jeho potřebám a přáním.

Jakmile se při zvoleném intervalu polohování objeví příznaky vznikajícího dekubitu nebo dalších dekubitů, je nutné interval mezi změnami polohy ihned zkrátit, a nebo zvolit jiné polohovací pomůcky. ( 3 )

Doporučenou technikou pro polohování je technika úhlu 30, kdy se tlak přenáší na málo ohrožená místa např. gluteální svaly, které jsou schopné snášet až 3,5krát větší tlak kostních výčnělků.

Při polohování využíváme tyto polohy těla: Supinační poloha

30 % levá laterální poloha

Pravá Simsova poloha

Levá laterální poloha

Pronační poloha

30 % pravá laterální poloha

Levá Simsova poloha

Pravá laterální poloha

Pokud je pacient schopen samostatného pohybu, je nutné jej informovat, jakým způsobem a v jakých intervalech má svou polohu měnit; pohyblivější, samostatnější

pacient by měl měnit polohu každých 10-15 min. Není-li pacient schopen samostatné změny polohy, musí ho polohovat ošetřující personál nebo rodina.

Někdy stačí měnit polohy v intervalu 2 hod., někdy je nutné polohu měnit již po 10-20 min. (to závisí pouze na aktuálním zdravotním stavu pacienta a na jeho pocitech - nikdy nepoužívat nepříjemné, bolestivé polohy).

Polohy se nemění pouze ze zad na boky a naopak, ale za pomoci podkládání (např. polštářem, molitanovými válci, suchými polymery, gelovými podložkami apod.) se používají také polohy šikmé (  $15-30^\circ$  ), které mají tu výhodu, že působení tlaku více rozkládají. U bočních a šikmých poloh je nutné dávat pozor na to, aby pacient neležel přímo na kyčelní kosti, výběžku kosti stehenní (trochanter), tato místa je nutné vhodným způsobem podložit (měkký polštář).

Je-li dekubit na ohraničené oblasti, např. na patě nebo na zadní části hlavy, měly by se použít polohovací pomůcky k nadzvednutí postiženého místa z podložky.

Podhlavník zvedáme co nejméně, s ohledem na zdravotní stav a jiné problémy pacienta (např. dýchací potíže), a je-li to nutné, tak pouze na nezbytnou dobu (při jídle), aby se zamezilo poškození tkání způsobené stříhem.

Střížní síly se uplatní tehdy, dochází-li ke skluzu - stříhu mezi odolnou vrchní kůží a spodními vrstvami kůže a podkožím (tělo sklouzává k nohám, vrchní kůže zůstává na místě fixována váhou těla a podložkou).

Polohování na zádech: dáváme pozor na otlaky v oblasti týlu, krku, lopatek hýždě, pat, minimálně 1x denně kontrolovat stav všech rizikových míst. Při změně polohy se vždy zeptat pacienta, zda se v nové poloze cítí dobře. Zcela imobilní pacient by neměl mít zvednutou hlavu a horní polovinu těla výše než  $30^\circ$  nad podložkou, kromě období jídla, aby se zabránilo nežádoucímu "střížnímu efektu" a "sjiždění" po podložce dolů. Naopak je žádoucí, aby mimo období jídla, měl hlavu zvednutou nad podložkou minimálně - tj. kolem  $15^\circ$  .

Během jídla používáme polohu vsedě nebo polosedě, aby se zabránilo problémům při polykání. Podhlavník lůžka potom vrátit zpět do původní polohy ( $15-30^\circ$  nad podložkou), ale nejdříve cca 30 min. po jídle.

Odlehčení pat na lůžku: leží-li pacient na zádech, je žádoucí zajistit, aby měl paty trvale nad lůžkem (podložkou) - to se zajistí vložením slabší pěnové podložky nebo polštáře pod nohy mezi střed lýtky a kotníky. Vložená podložka by měla nadzvednout, nadlehčit paty tak, aby bylo možné mezi patou a lůžkem lehce protáhnout kus papíru (nebo noviny, časopis). Účelem je pouze odlehčení pat pacienta a nikoli nadzvednutí celé nohy (při dlouhodobém nadzvednutí nohou na lůžku na zádech dochází ke zhoršení prokrvování tkání, což je ve většině případů nežádoucí). Nikdy nepoužívejte kruhové polštářky nebo podložky (zejména NE nafukovací kruhy) - zhoršují tok krve do tkání a často způsobují vznik dalších dekubitů.

Polohování na boku: dávat pozor na otlaky v oblasti ramen, pánve, kyčle, výběžků stehenní kosti, kolen, kotníků, minimálně 1x denně kontrolovat stav všech rizikových míst. Používat polštáře nebo menší pěnové podložky pro zamezení kontaktu mezi koleny a kotníky obou nohou, aby se vzájemně nedotýkaly (tato místa patří mezi rizikové oblasti). ( 14 )

### ***1.7 Antidekubitární pomůcky***

Velký rozvoj pomůcek a vybavení lze pozorovat až v posledních dvaceti letech. První vlašťovkou se staly polohovací postele v 60. letech v USA, do Evropy dorazily v letech 70. Trvalo však další řadu let, než se do nemocnic významněji rozšířily. Razantní vývoj zaznamenaly rovněž nejrůznější krycí materiály, gely a také jeden z nejdůležitějších pomocníků v boji s dekubity: matrace. Přesto k radikálnímu rozvoji sledování a hodnocení rizika vzniku dekubitů a zároveň k vývoji efektivních pomůcek a prostředků došlo až v posledních dvaceti letech. ( 18 )

Téměř každého klienta je možné ošetřovat na jakémkoliv povrchu, aniž by měl dekubity, ovšem za předpokladu použití i jiných prostředků jako zvýšené ošetrovatelské péče a časté změny poloh. Kromě polohování umožňují některá lůžka dvojitý zpětný pohyb (autoregresi) zádové a nožní části až o 18 cm. Automaticky tak dochází k redukci tlaků mezi matrací a tkání a ke snížení rizika dekubitů ( viz. Příloha č. 6 ). Na obrázcích je dobře patrný rozdíl mezi standardním lůžkem a lůžkem s dvojitou autoregresí.

Tlakové zatížení bederní oblasti, která je jedním z nejkritičtějších míst pro vznik dekubitů, se snižuje o 40 %. Na tlakových mapách znázorňuje červená barva nejrizikovější oblasti, modrá barva představuje nejnižší riziko. Ideální je co nejrovnoměrnější rozložení tlaku. ( 17 )

Speciální antidekubitární lůžka „Clinitron“ jsou vyplněna jemnými keramickými zrnky se silikonovým povlakem, které nadnáší proud teplého vzduchu hnaný kompresorem. Proudící vzduch vysušuje kůži a tím brání maceraci, nevýhoda je stabilní umístění, neměnná výška a vysoká pořizovací cena.

Pokud to není možné, je nutné použít vhodnou pasivní antidekubitární matraci nebo aktivní antidekubitární systém. (22)

Antidekubitární matrace: jsou všechny podpůrné povrchy, které redistribuují tlak působící na tkáň.

- ❖ Pasivní antidekubitární matrace (viz příloha č. 7 ) tzv. statické matrace – jsou složené ze studené PU pěny sendvičového typu, vhodné pro nemocné s nízkým rizikem jako prevence dekubitů. Dochází zde k lepšímu rozložení tlaku, ovšem vlastní tlak nesnižují nezbytně pod úroveň tlaku uzavírajícího kapiláry. Výrobky snižují tlak tkáně tak, že rozkládají tlakové zatížení na větší plochu. Například :matrace s ovčím rounem, což je studená PU pěna s jednostranným prořezem, matrace klinická je pěnová matrace s antibakteriálním povrchem, matrace z polyesterového dutého vlákna.
- ❖ Aktivní antidekubitární matrace (viz příloha č. 8 ) tzv. dynamické matrace – využívají možnosti cirkulace vzduchu nebo vody, nevýhodou je vysoká pořizovací cena. ( 30 ), tento typ matrací poskytuje úlevu od tlakového zatížení tkání tím, že dosahuje tlaku nižšího, než je tlak uzavírající kapiláry. Střídavým nafukováním buněk matrace je dosahováno tohoto jevu a i udržení tlaku na tkáň co nejnižšího po co nejdelší dobu. Matrace je spojená hadičkami s kompresorem. Pokládá se na normální matraci tak, aby připojené hadice byly umístěny v nohou lůžka. Po 10 min. je matrace naplněna vzduchem, přes ní se dává prostěradlo. Před každým použitím je nutné zkontrolovat kompresor. ( 23,25 ): např. komůrková antidekubitní matrace – proměnný tlak po 3 min.,



nosnost do 100 kg, s pulsátorem, matrace s provzdušňováním, s laterálním náklonem, vzduchová matrace s dvoukomorovým systémem, nosnost do 120 kg, válcová s proměnným tlakem, kompaktní bublinková matrace s řadami komor, k dispozici jsou i bariatrické varianty s nosností až 450 kg.(22)

Ke snížení tlaku se v současnosti používají různé typy pomůcek např. - pěnové (molitanové) podložky, antidekubitní podložky s ovčím rounem, podložní kola s tvarovou pamětí, polštáře pro zmírnění tlaku na existující dekubity, věnečky, válce, éčko s fixací – pomůcka proti překřížení a rotaci nohou, céčko polohovací – pomáhá ležet na boku a zabraňuje přetáčení na záda, double válec- jeden válec je přišitý napevno a druhý lze sundat pomocí suchého zipu, had – široké možnosti používání, Wafle s otvorem a dekubou- je podložka z prořezávaného materiálu potažená ovčím rounem, molitanové klíny k zajištění boční nebo šikmé polohy, chrániče pat a loktů vlněné nebo z polyesterových dutých vláken. ( 33 )

Molitanové, pěnové podložky se nepoužívají k podkládání přímo, ale nejprve se zabalí do vhodného obalu, např. do povlaku na polštář, do prostěradla, měkkého ručníku, bavlněné pleny apod. (ložní prádlo používat raději měkké, nenaškrobené).

Kvalitní matrace nebo typ lůžka dokáže prodloužit interval mezi změnami polohy, snižuje tak fyzickou náročnost práce pro ošetřující personál nebo rodinu, ale nikdy plně nenahradí systematickou péči a pravidelné polohování. ( 17 )

### ***1.8 Klasické prostředky hojení ran***

K vlastnímu ošetřování rány (37) lze užít jednak klasické prostředky, k nimž nesporně patří různé přípravky připravované magistraliter.

K čištění spodiny defektů lze aplikovat do ran např.: antiseptika 1–3% roztok kyseliny borité aplikovaný až 3× denně – Jarischův roztok nebo 3% borová vazelína; 0,25% persteril; iodpolyvidon (Betadine liq., ung.); 5% salicylová vazelína; mast s 1% Argenti nitras. Časově omezenou dobu pro vysoký senzibilizující potenciál (obvykle 7–10 dnů) lze užít i některá antibiotika a chemoterapeutika. Je vhodné preferovat ta, která nejsou

užívána v celkové terapii. Před jejich aplikací se doporučuje ošetřovanou plochu zbavit všech krust a nekrotů a omýt růžovým roztokem hypermanganu, fyziologickým nebo Ringerovým roztokem, 0,25% persterilem nebo 3% peroxidem vodíku. Z lokálních antibiotik např. Bactroban ung., Fucidin ung.; Framykoin ung., Sulfathiazol ung., Dermazin crm.

V minulosti byly u dekubitů často používány barevné roztoky Genciánová violet', Novikov, které mají výrazně cytotoxický efekt v ráně a navíc je terén nepřehledným pro průběžné hodnocení defektu. Enzymatický debridement je možné usnadnit lokální aplikací enzymatických přípravků, které proteolyticky štěpí nekrotickou tkáň, hnís i fibrin, natř. Iruzol ung., Fibrolan ung. Po dobu jejich použití je nevhodné užívat lokální antiseptika nebo antibiotika. K podpoře granulace a epitelizace je možné užít lokálně Bepanthen plus, Pantenol, Erevit ung., Infadolan ung., Solcoseryl ung., Višněvského balzám. Okolí dekubitu chráníme zinkovou masťou nebo jinou emolientní látkou Menalind . ( 24 )

### ***1.9 Moderní prostředky hojení ran***

Jsou k dispozici v připravené formě a jejich užití je technicky snazší. Jejich výhodami jsou: nepropustnost pro mikroorganismy, udržují v ráně stabilní teplotu, umožňují výměnu vodních par a plynů v duchu fázového hojení ran. Podle charakteru rány jsou k dispozici obvazy okluzivní a semiokluzivní nebo permeabilní a semipermeabilní.

#### **Hydrogely** (Nugel, Granugel, Normgel,)

jsou vhodné pro suché nesečernující, nekrotické, povleklé nebo granulující rány. Vedou k hydrataci spodiny, fyziologickému odstranění nekrózy, malé absorpci exsudátu, podpoře granulace. U plošných dekubitů s nekrotózou a menší sekrecí je možné užít plošný hydrogelový obvaz (Hydrosorb, Suprasorb G).

**Hydrokoloidy** (Granuflex, Tegasorb, Suprasorb aj.) jsou dvouvrstevné, adherují ke kůži, po absorpci exsudátu se vnitřní pěnová vrstva mění v gel. Jsou vhodné pro rány se

střední sekrecí, mírně povleklé a granulující, včetně ran s podmínovanými okraji (výjimečně jako sekundární krytí s gely a algináty).

**Algináty** (Sorbalgon, Kaltostat, Melgisorb, Suprasorb aj.) jsou vyrobeny z mořských řas. Jsou vhodné pro rány se silnou exsudací (spodina dekubitu), povleklé, granulující, epitelizující, secernující rány, možno použít i do dutin a ran s podmínovanými okraji. Vedou k zástavě krvácení a postupně se přeměňují v gel.

**Hydrovlákna** (Tiele, Suprasorb, Allewyn aj.) se podobají hydrokoloidům. Jsou to polopropustné obvazy, udržují vlhké prostředí. Mají antimikrobiální účinek, adheze k okraji rány, ne k ráně, po absorpci exsudátu se mění v gel. Jsou vhodné pro mírně a středně secernující rány s povleklou a granulující spodinou.

**Krytí s aktivním uhlím** (Actisorb plus, Carbonet aj.) vedou k výrazné redukci exsudátu, mají efekt antimikrobiální a dezodorizační u zápachajících ran. Jsou vhodné pro defekty silně secernující, povleklé, Je možno s nimi dekubit vytamponovat.

**Antiseptické obvazy** (Inadine, Bactigras, Atrauman, Adaptic aj.) u povrchových ran neadherují, obsahují antiseptikum, riziko sensibilizace, cytotoxicity. Vhodné jsou pro infikované, málo secernující rány.

**Filmy** (Bioclusive, Hydrofilm, Mefilm, Suprasorb F, Tegaderm 3M aj.) jsou polopropustné adhezivní obvazy, nepropustné pro víry, adherují pouze na kůži, ne na ránu, transparentní pro plyny a vodní páry. Jsou vhodné krátkodobě jako sekundární krytí pro epitelizující, čisté rány.

**Absorpční krytí** (Comprigel, Surgipad aj.) představuje náhradu klasické gázy u silně secernujících ran.

**Gelové obvazy** (Hydrosorb) vytvářejí vlhké krytí z polyuretanů.

**Biomechanické obvazy** (Promogran) jsou vhodné pro středně secernující a epitelizující rány.

**Tender Wet** je tzv. mokré hojení ran, kdy polyakrylát slouží jako adsorbent a je aktivován před užitím aplikací Ringerova roztoku. Dělá mechanický debridement rány. Je vhodný na rány smíšené, kde by byl mechanický problém s jiným krytím. Je třeba ho však podle charakteru defektu měnit po 12–24 hodinách. ( 5, 12, 24 )

## 2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### ***2.1 Cíl práce***

Zjistit rozdíl v používaných antidekubitárních pomůčkách ve vybraných domovech pro seniory v jihočeském kraji.

Zjistit informovanost sester, pracujících ve vybraných domovech pro seniory o moderních prostředcích při ošetřování dekubitů.

### ***2.2 Předpokládané hypotézy***

Hypotéza č. 1: Vybavenost jednotlivých domovů pro seniory antidekubitárními pomůčkami je rozdílná.

Hypotéza č. 2: Sestry pracující v domovech pro seniory nemají informace o nejmodernějších prostředcích k ošetřování dekubitů.

### 3. METODIKA

#### ***3.1 Metodika práce***

Při zpracování bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazovací. Technika sběru dat - dotazník (viz příloha č. 1), který obsahoval 1 otevřenou otázku, 6 otázek bylo uzavřených a 13 otázek polouzavřených. Zvolené odpovědi označovali respondenti křížkem. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 10 dotazníků a zpracováno bylo 90 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 90 %. Vyplňování dotazníků bylo zcela anonymní. Pro podporu této problematiky byl s náhodně vybranými imobilními seniory veden řízený rozhovor.( viz příloha č 2)

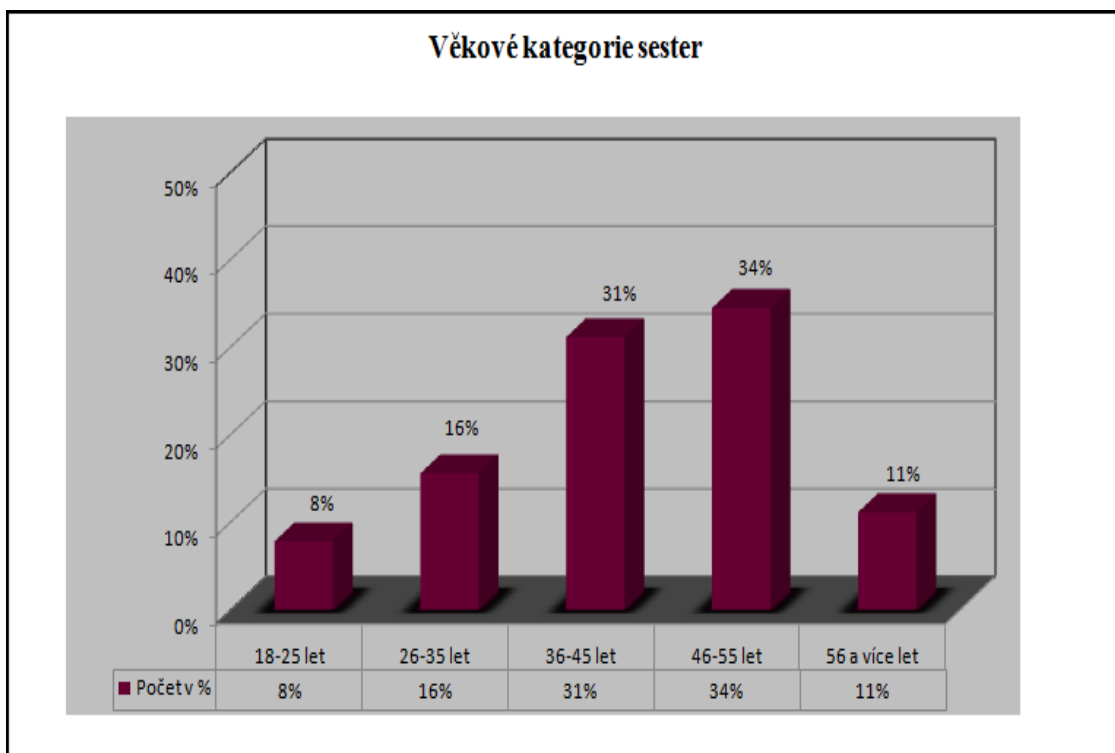
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo 90 sester pracujících v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Dotazníky byly rozdány ve vybraných domovech pro seniory v Jihočeském kraji se souhlasem všech ředitelů v jednotlivých domovech. Pacienti byli voleni náhodným výběrem, sběr dat byl prováděn formou řízeného rozhovoru. Jako kontrolní skupina byl vybrán domov pro seniory ve Středočeském kraji.

## 4.VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření zdravotních sester v domovech pro seniory

**Graf 1: Věkové kategorie sester v domovech pro seniory ( Dotazník, otázka č. 1 )**

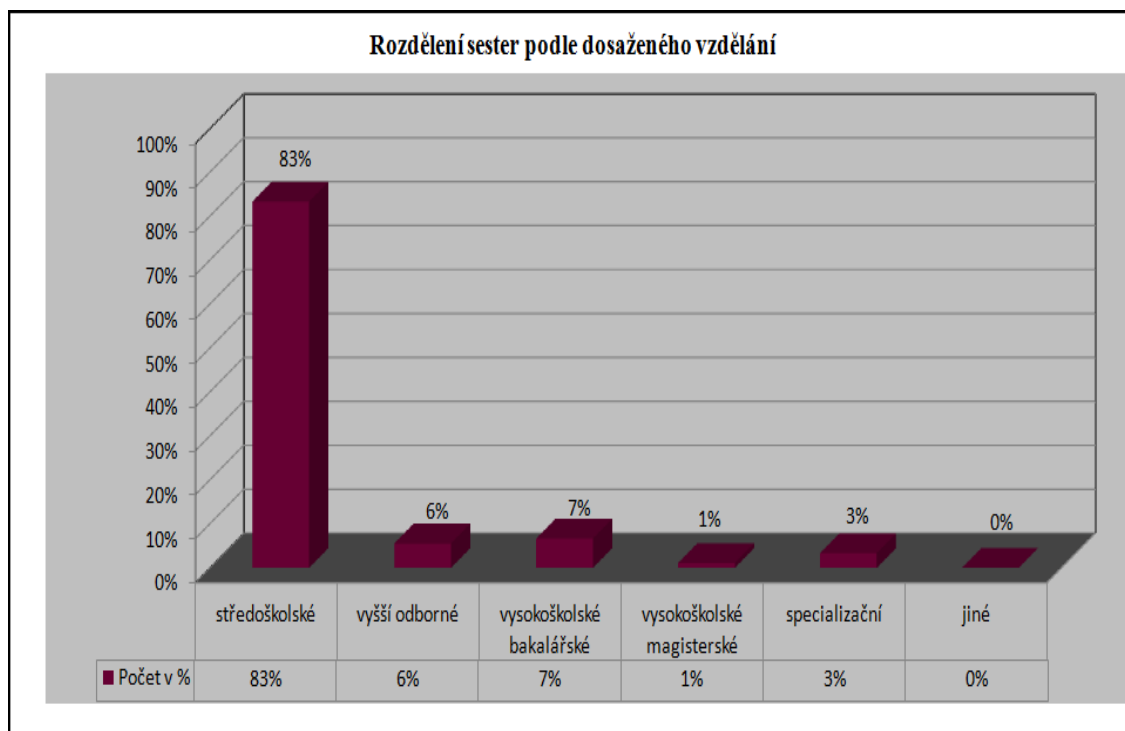


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje zastoupení sester v jednotlivých věkových kategoriích. Z 90 dotazovaných sester (100 %) je nejvíce zastoupena kategorie věku *46-55 let*, a to 31 (35 %) respondenty.

Druhou nejpočetnější kategorií je věk od *36-45 let*, 28 respondentů (31 %). Kategorie *26-35 let* je zastoupena 14 (16 %) odpověďmi, v kategorii *56 a více let* je 10 (11 %) respondentek a nejméně zastoupená je kategorie *18- 25 let* a to 7 (8 %) sestrami.

**Graf 2: Rozdělení sester podle dosaženého vzdělání ( Dotazník, otázka č. 2 )**

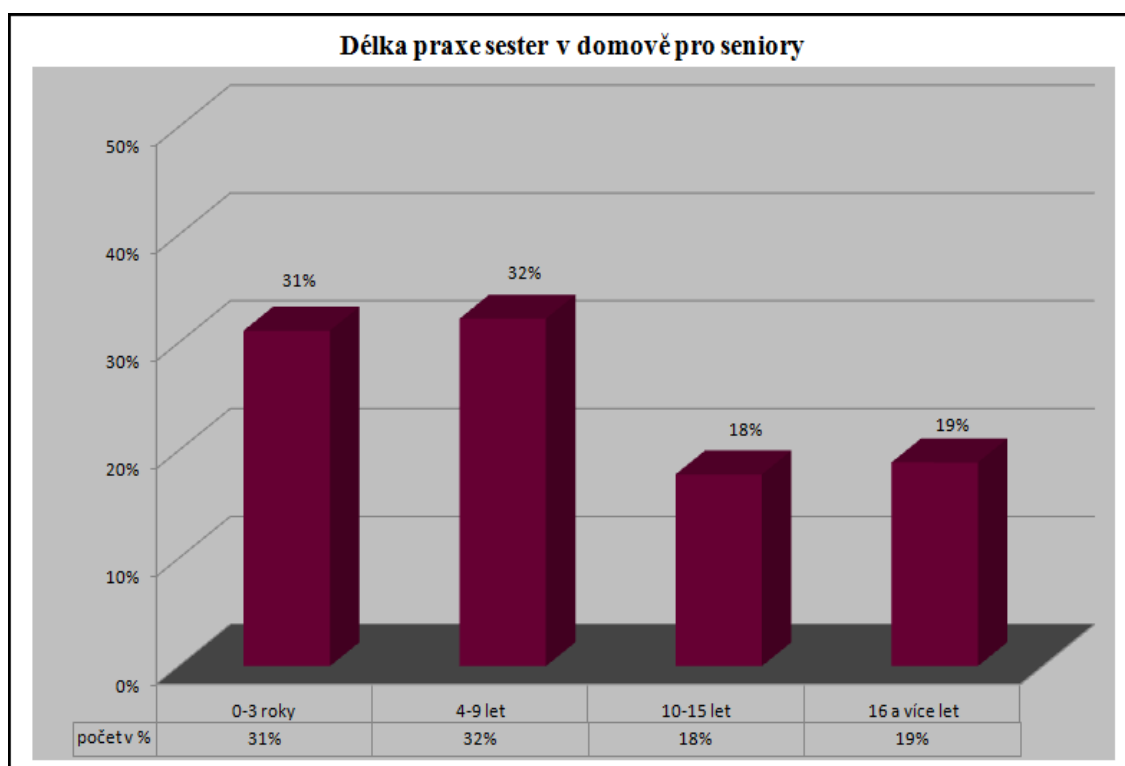


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje rozdělení sester podle dosaženého vzdělání: nejpočetnější skupinou 75 (83 %) respondentů je se *středoškolským vzděláním*, dále 6 (7 %) sester uvádí dosažené vzdělání *vysokoškolské bakalářské*, se vzděláním *vyšším odborným* pracuje 5 (6 %) sester, *vysokoškolské magisterské* udala 1 (1 %) sestra, dále v domově pro seniory pracují 3 (3 %) sestry se *specializací* a kategorii *jiné* ne zvolila žádná z dotazovaných.



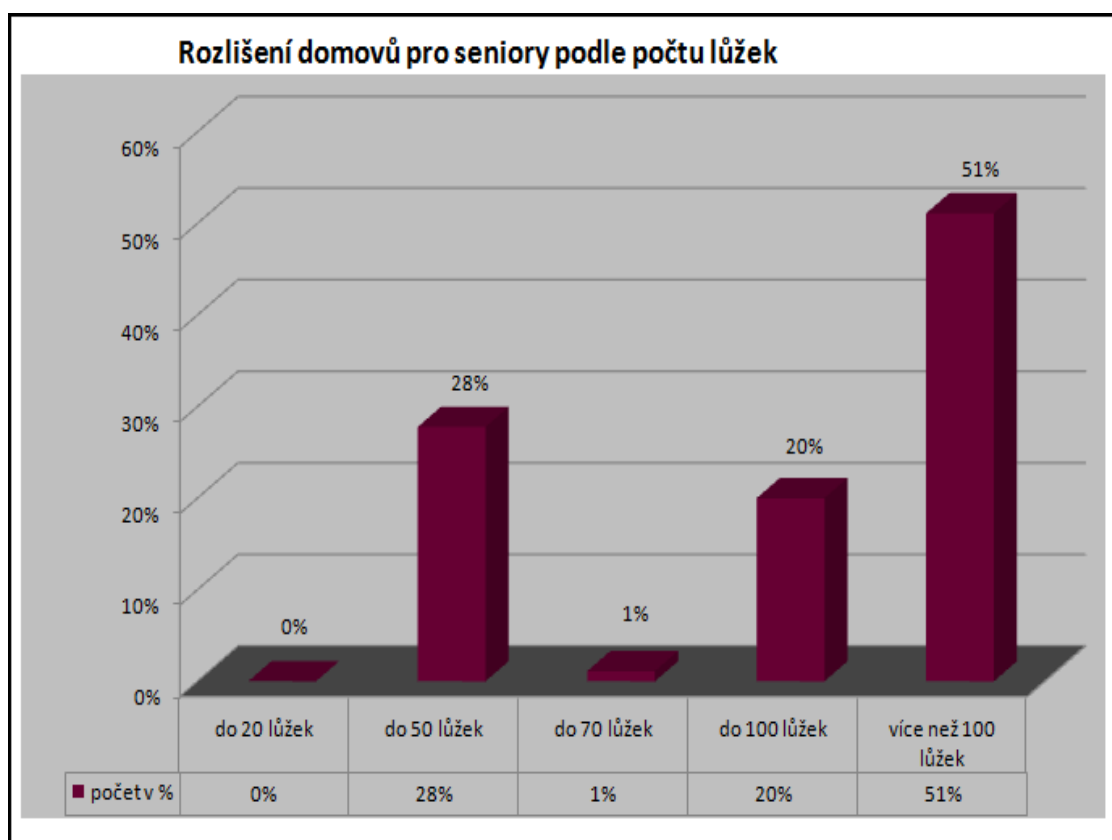
**Graf 3: Délka praxe sester ( Dotazník, otázka č. 3 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce sester pracuje v domově pro seniory *4-9 let* 29 ( 32 % ), druhou nejvíce zastoupenou skupinou je s počtem 28 respondentů kategorie *do 3 let* ( 31% ), *16 a více let* pracuje v domově pro seniory 17 sester ( 19 % ), *10-15 let* uvádí 16 ( 18 % ) respondentů.

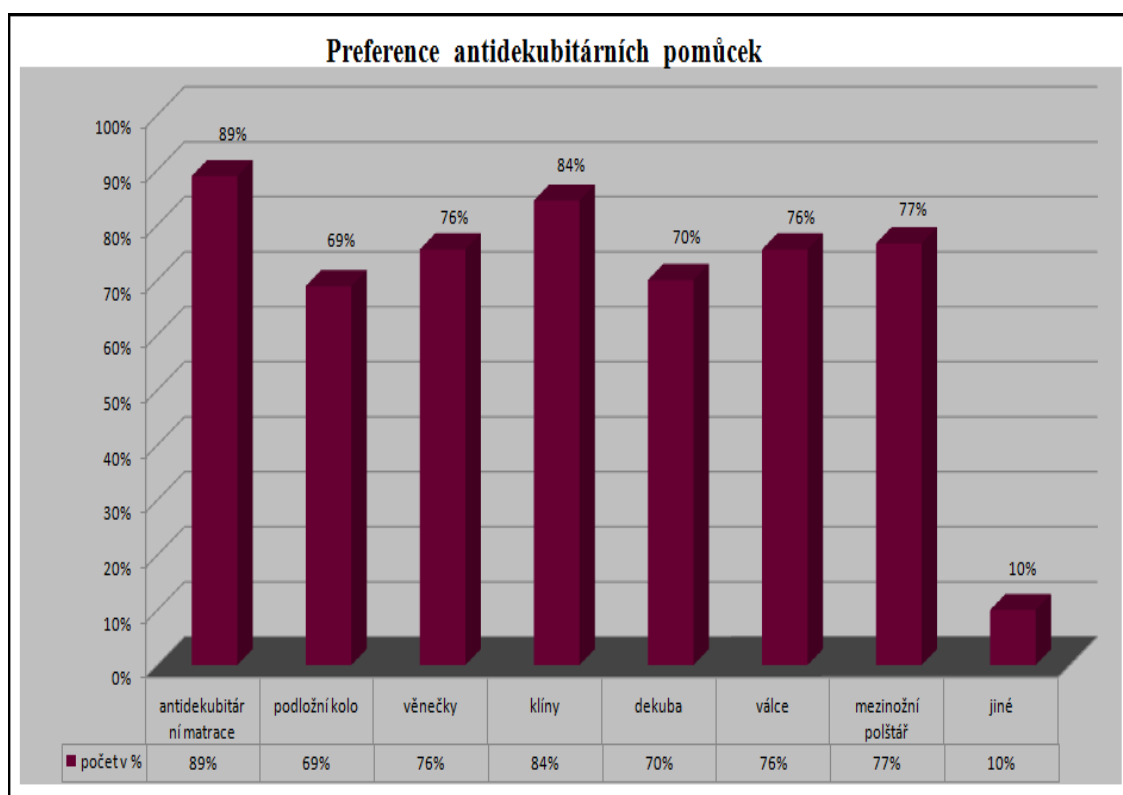
**Graf 4: Rozlišení domovů pro seniory podle počtu lůžek ( Dotazník, otázka č. 4 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Kapacitu *do 20 lůžek* neudává žádný z domovů pro seniory, počet *do 50 lůžek* uvedlo 25 (28%) dotázaných, *do 70 lůžek* 1 (1%), domov pro seniory s počtem lůžek *do 100* uvedlo 18 (20%) respondentů, 46 (51%) respondentů pracuje v domově pro seniory s lůžkovou kapacitou *nad 100*.

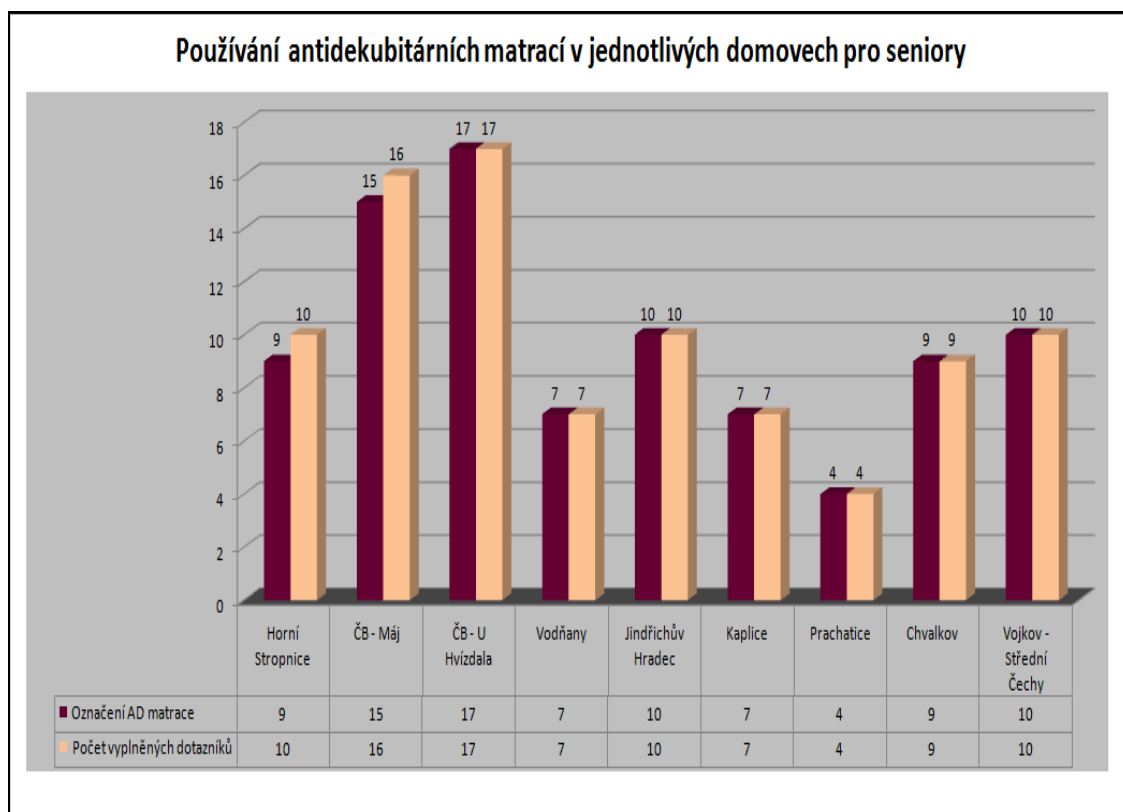
**Graf 5: Preference antidekubitárních pomůcek ( Dotazník, otázka č. 5 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při odpovědi na tuto otázku mohli dotazovaní volit mezi více možnostmi. Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. Nejvíce uváděnou byla *antidekubitární matrace* a to 80 (89 %) respondenty z celkového počtu 90 dotazovaných, druhou nejčetnější pomůckou pro 76 (84 %) sester jsou *klíny*, *mezinožní polštář* uvedlo 69 (77 %) sester, 68 (76 %) dotázaných se vyslovilo pro *věnečky* a shodně 68 (76 %) sester pro *válce*, *dekubu* preferuje 63 (70 %) respondentů, *podložní kolo* uvedlo 62 (69 %) sester, kategorii *jiné* volilo 9 (10 %) dotázaných.

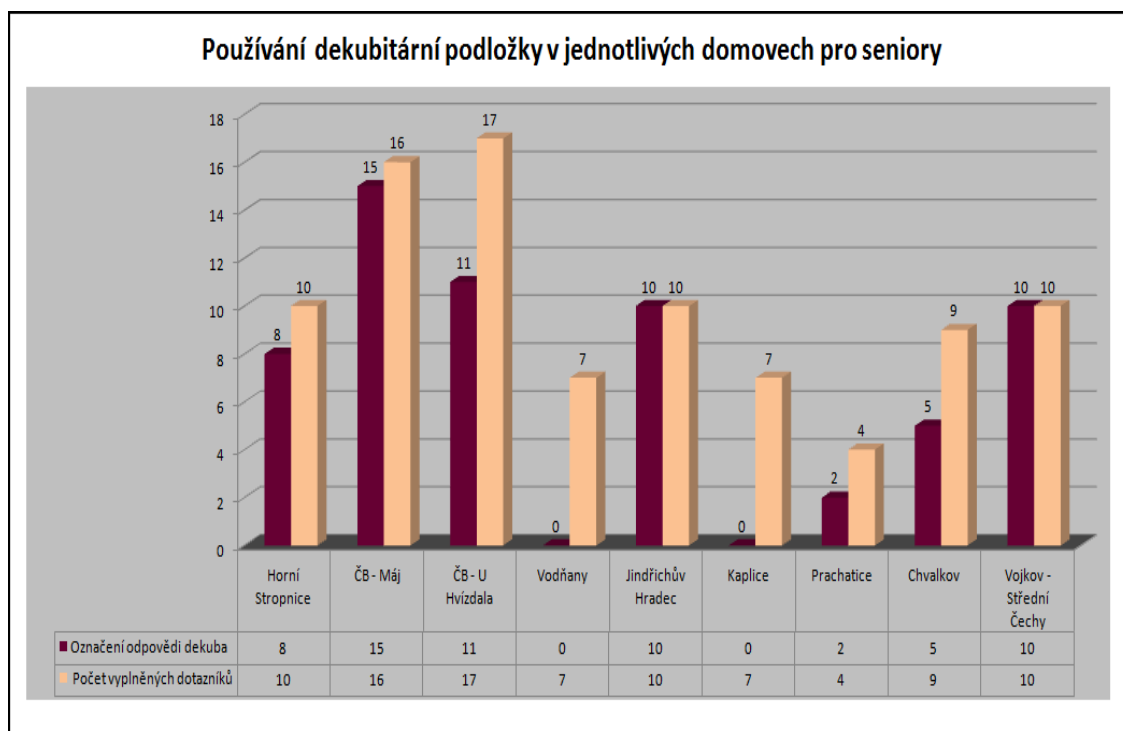
**Graf 5a: Preference antidekubitárních pomůcek, použití vybraného typu pomůcky v jednotlivých domovech pro seniory ( Dotazník, otázka č. 5 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje zastoupení antidekubitárních matrací v jednotlivých domovech pro seniory. V domově pro seniory Horní Stropnice z 10 vyplněných dotazníků 9 respondentů označilo *antidekubitární matraci*. V ČB-Máj 15 respondentů z 16 dotázaných tuto pomůcku označilo. V ČB – U Hvízdala se pro používání této pomůcky vyslovilo všech 17 dotázaných. Domovy pro seniory Vodňany, Jindřichův Hradec, Kaplice, Prachovice, Chvalkov a Vojkov v hodnocení vykázali 100 % použití této pomůcky.

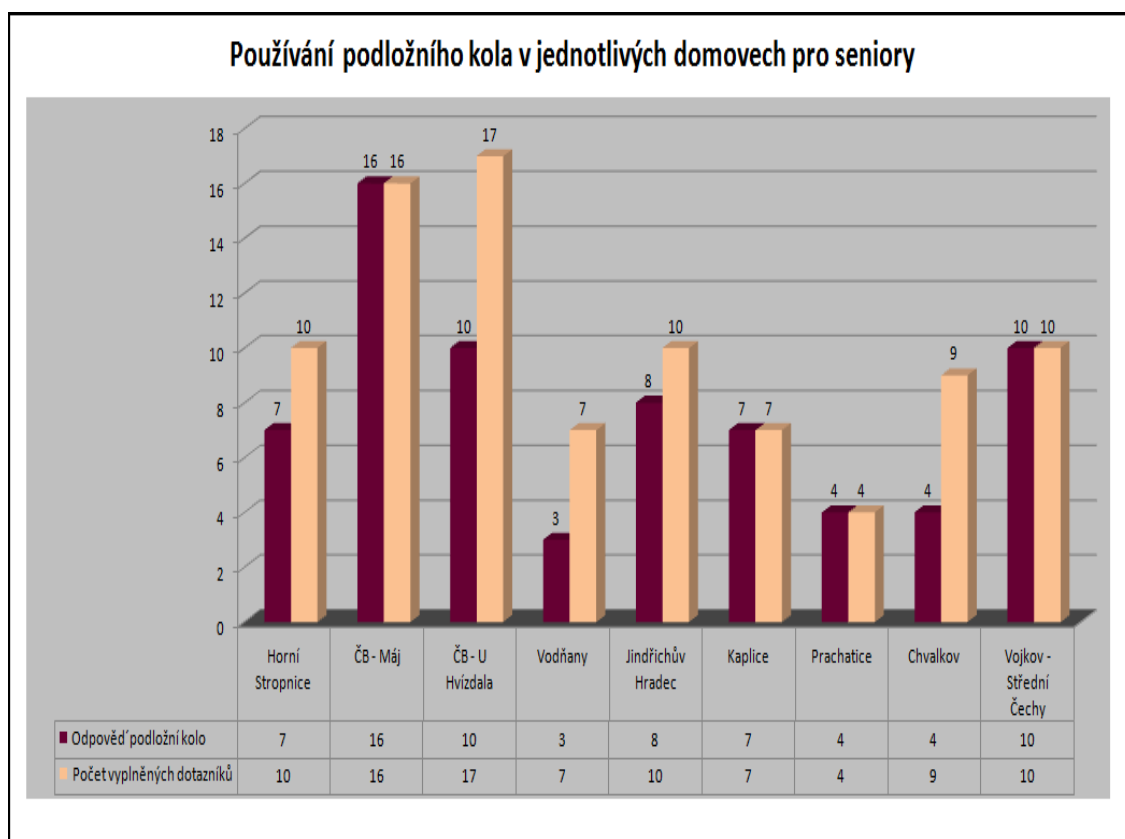
**Graf 5b: Preference antidekubitárních pomůcek, použití vybraného typu pomůcky v jednotlivých domovech pro seniory ( Dotazník, otázka č. 5 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf porovnává používání dekuby v jednotlivých domovech pro seniory. V Horní Stropnici z 10 dotázaných tuto pomůcku uvedlo 8 sester. V ČB-Máj se pro používání této pomůcky vyslovili 15 ze 16 dotazovaných. V ČB- U Hvízdala z výběru možných pomůcek tuto uvedlo 11 ze 17 respondentů. V domovech pro seniory Vodňany a Kaplice ze 7 dotázaných tuto možnost neuvedl nikdo, v Jindřichově Hradci a ve Vojkově tuto pomůcku z 10 dotázaných zařadili všichni. V domově pro seniory Prachalice ze 4 dotázaných byly 2 sestry pro tuto pomůcku, v Chvalkově z 9 dotázaných ji kladně ohodnotilo 5 respondentů.

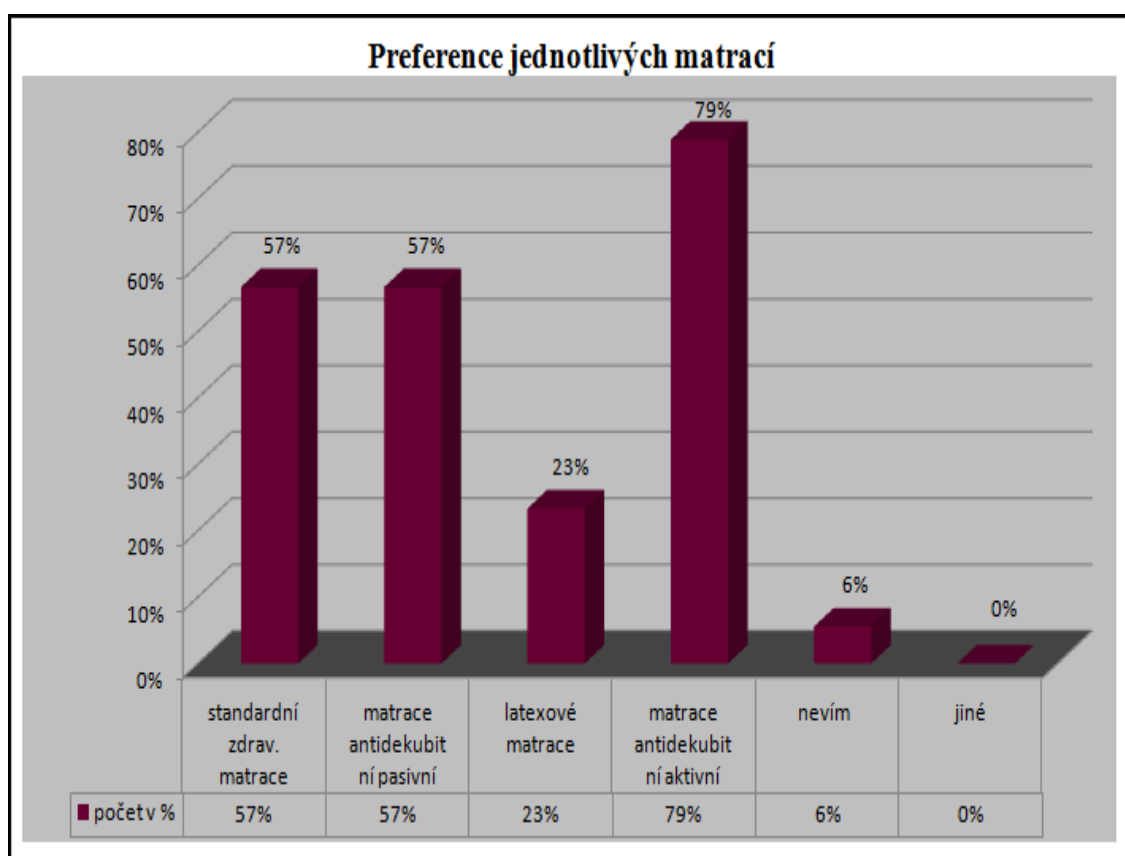
**Graf 5c: Preference antidekubitárních pomůcek, použití vybraného typu pomůcky v jednotlivých domovech pro seniory ( Dotazník, otázka č 5)**



Zdroj : Vlastní výzkum

V domově pro seniory Horní Stropnice se pro používání *podložního kola* vyslovilo 7 z 10 dotázaných respondentů. V ČB-Máj všech 16 dotázaných uvedlo používání této pomůcky. V zařízení ČB- U Hvízdala tuto pomůcku preferuje 10 dotázaných z celkového počtu 17 respondentů, v domově pro seniory Vodňany 3 ze 7 dotázaných označilo tuto možnost. Domovy pro seniory v Kaplici, v Prachaticích a ve Vojkově všichni z dotázaných respondentů označili tuto možnost. V domově pro seniory Chvalkov z 9 respondentů tuto pomůcku označili 4 dotázaní.

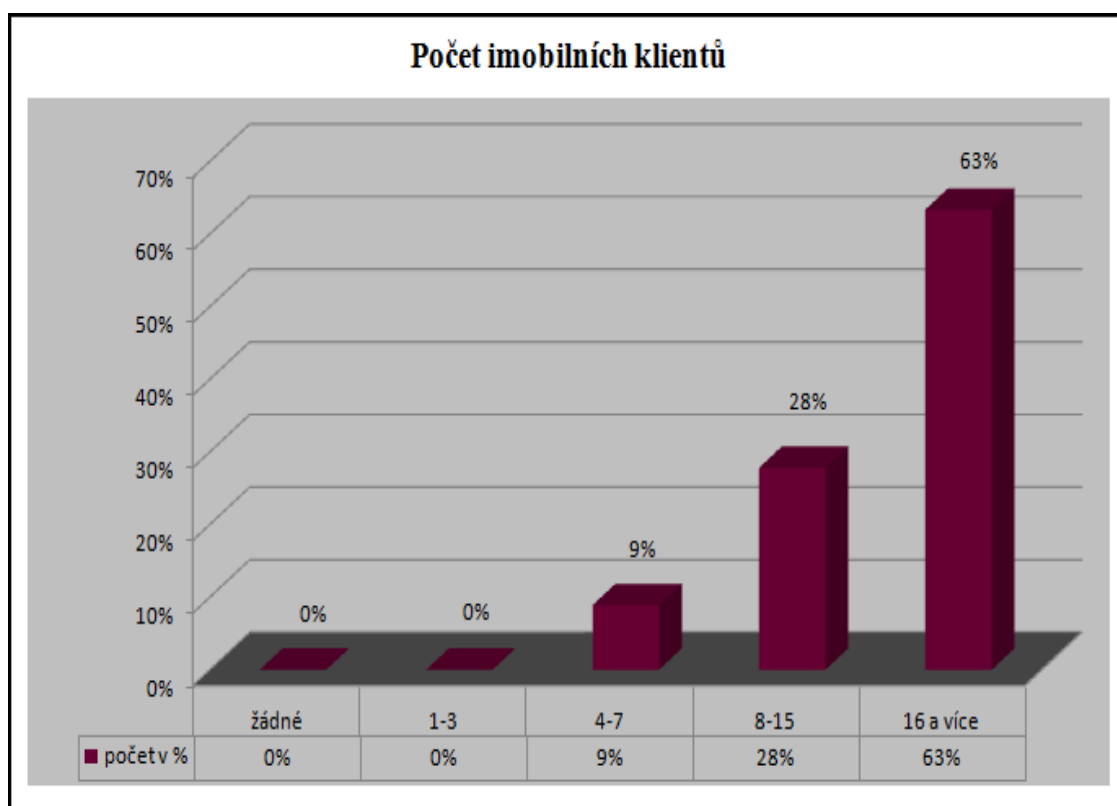
**Graf 6: Preference jednotlivých matrací ( Dotazník, otázka č. 6 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při odpovědi na otázku *jaké typy matrací používáte ve vašem domově pro seniory* mohli dotazovaní zvolit více možností. Graf znázorňuje četnost odpovědí. Pro *matraci antidekubitární aktivní* se vyslovilo 71 (79 %) respondentů, *standardní zdravotní matrace* uvedlo 51 (57 %) respondentů, stejný počet 51 (57 %) dotazovaných uvedlo *matrace antidekubitární pasivní*, užívání *latexových matrací* udává 21 (23 %) dotázaných, možnost *nevím* uvedlo 5 (6 %) dotázaných, možnost *jiné* neoznačil nikdo.

**Graf 7: Počet imobilních klientů (Dotazník, otázka č. 7)**

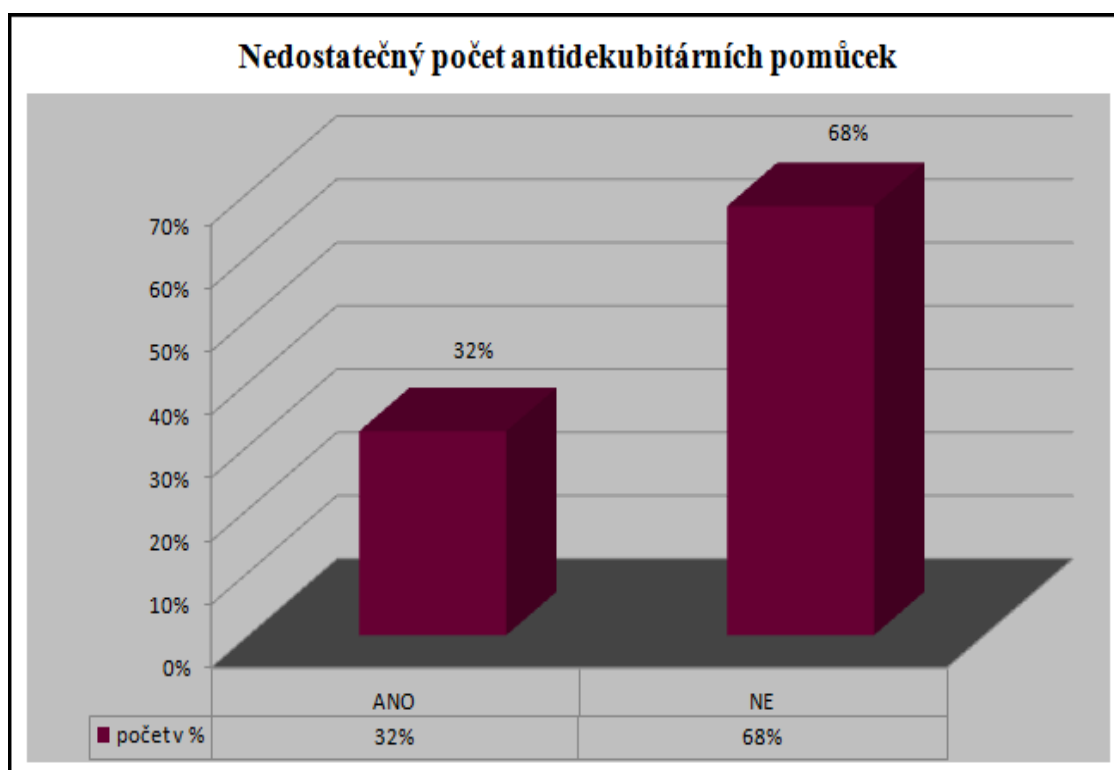


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetněji zastoupenou kategorií *16 a více* v počtu imobilních klientů uvedlo 57 (63 %) dotázaných, kategorií *8-15* klientů uvedlo 25 (28 %) dotázaných, *4-7* imobilních udává 8 (9 %) dotázaných sester, kategorií *žádné* a *1-3* neuvedl nikdo.



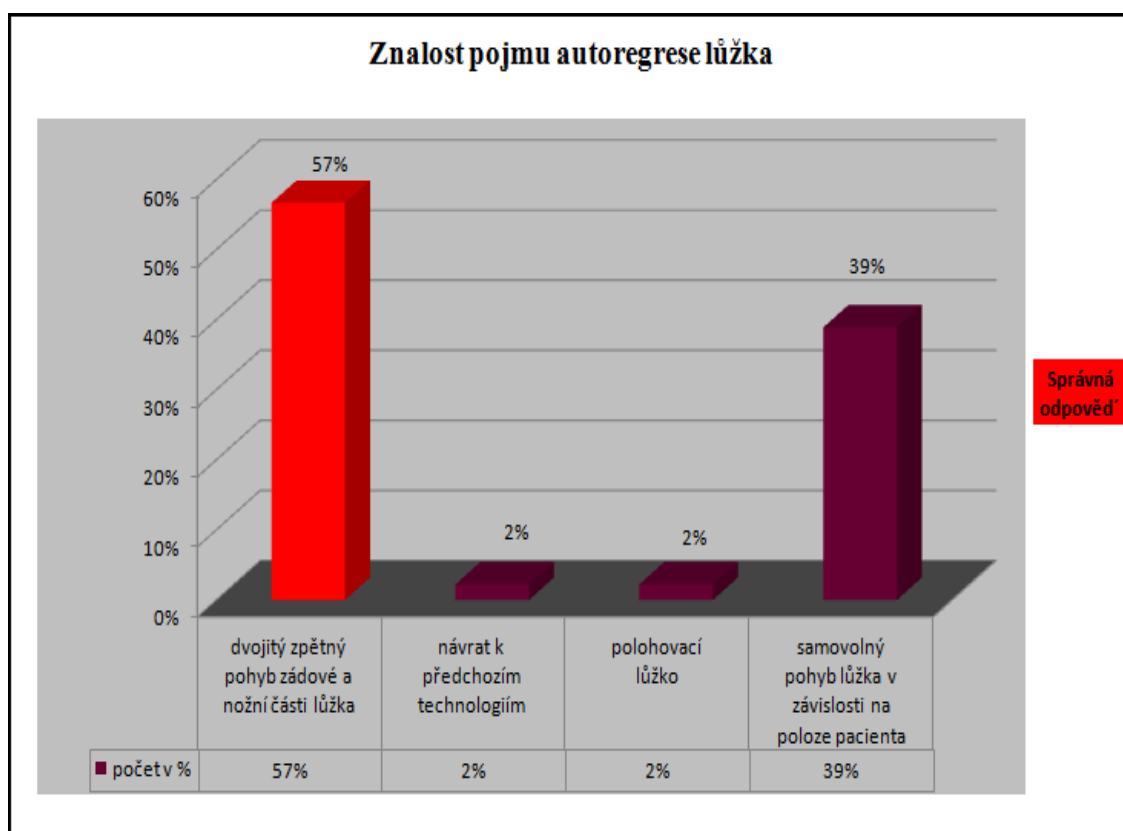
**Graf 8: Nedostatečný počet antidekubitárních pomůcek ( Dotazník, otázka č. 8 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nedostatečný počet antidekubitárních pomůcek uvedlo 29 (32%) respondentů, pro odpověď *NE* se rozhodlo 61 (68%) dotázaných.

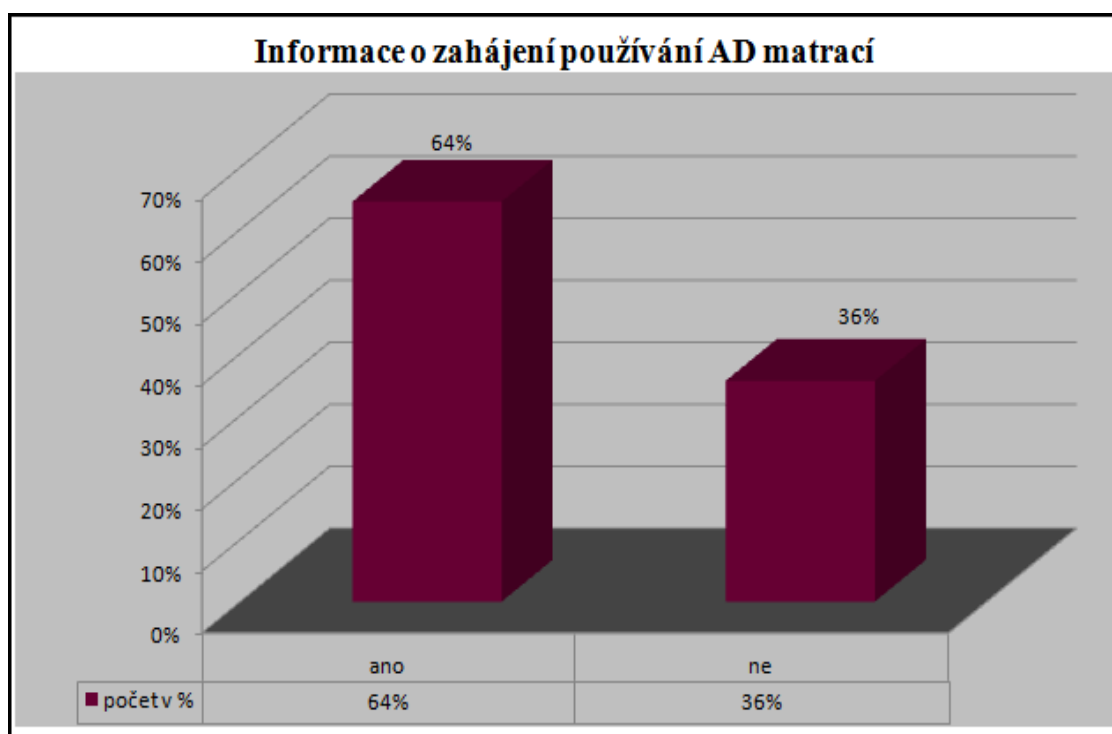
**Graf 9: Znalost pojmu autoregrese lůžka ( Dotazník, otázka č. 9 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro odpověď *dvojitý zpětný pohyb zádové a nožní části lůžka* se rozhodlo 51 (57 %) dotázaných, 35 (39%) respondentů preferuje odpověď *samovolný pohyb lůžka v závislosti na poloze pacienta*, pro *návrat k předchozím technologiím* se rozhodly 2 (2 %) dotazované, pro *polohovací lůžko* 2 (2 %) respondenty.

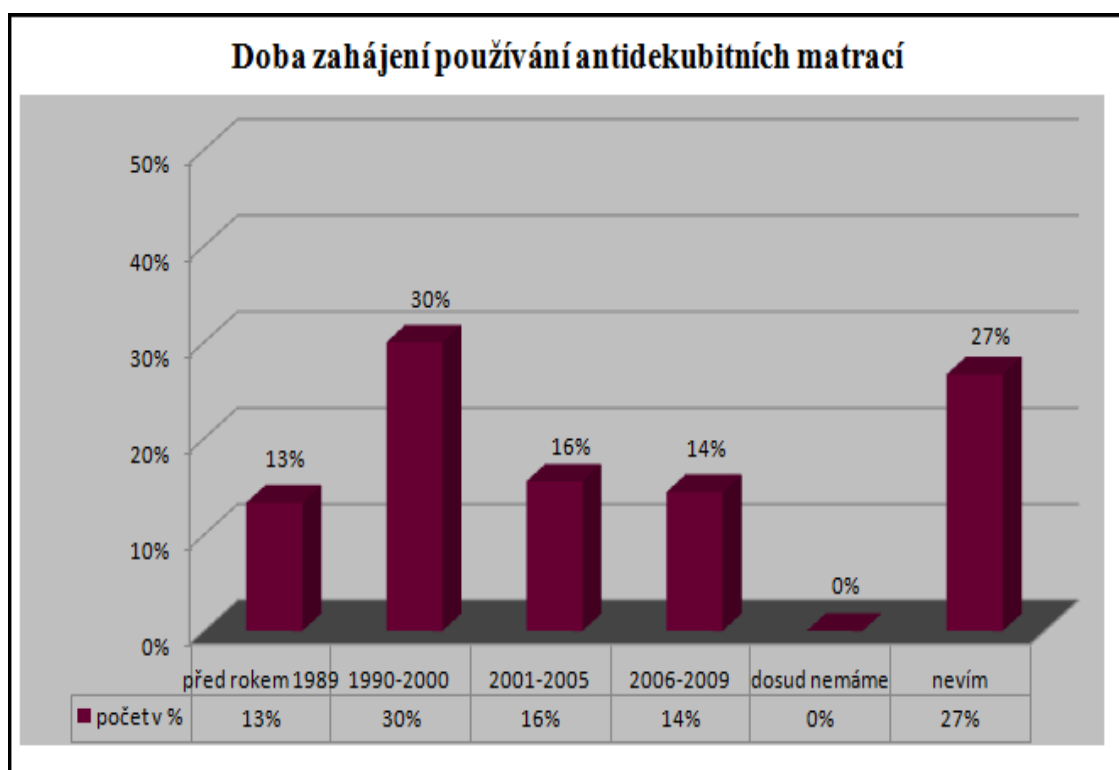
**Graf 10: Zahájení používání antidekubitárních matrací ( Dotazník, otázka č. 10 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Informace o zahájení používání antidekubitárních matrací má 58 (64 %) dotázaných , pro odpověď *NE* se rozhodlo 32 (36 %) dotázaných.

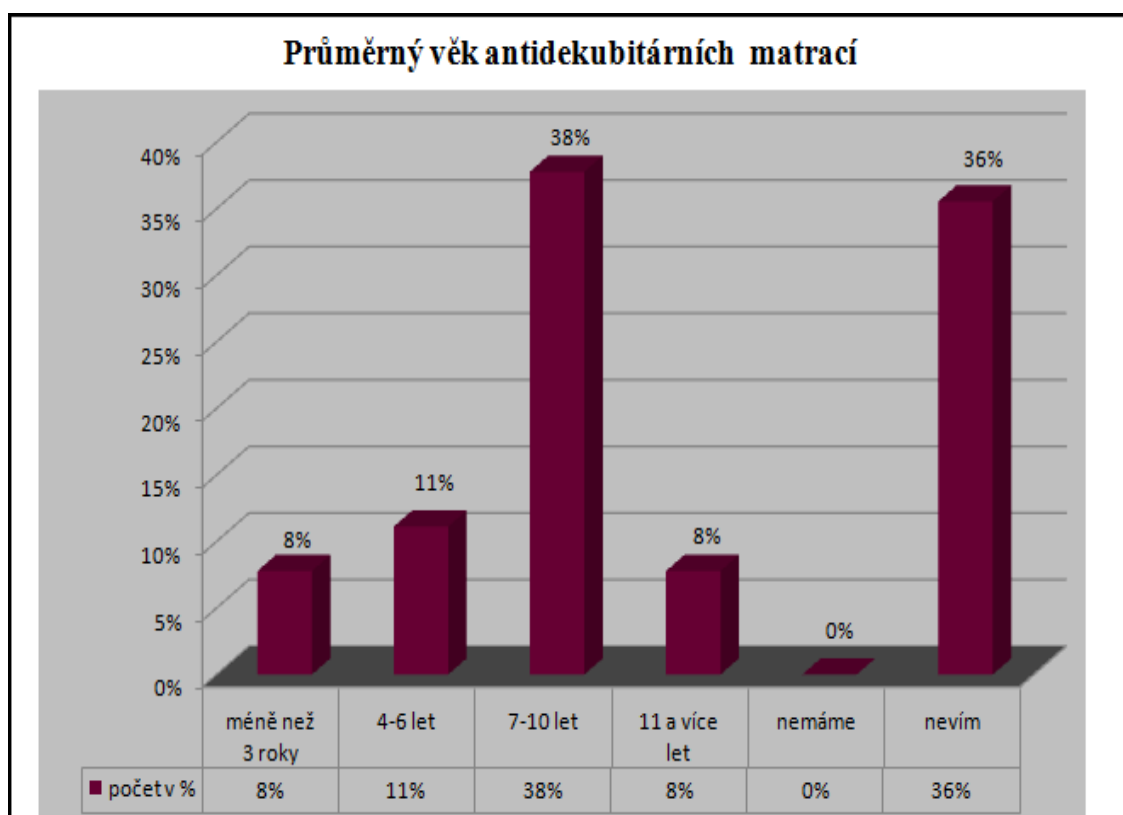
**Graf 11: Doba zahájení používání antidekubitních matrací (Dotazník, otázka č. 11)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 mapuje dobu zahájení používání antidekubitárních matrací. Nejvíce označovanou kategorií pro 27 (30 %) respondentů je r.1990-2000, pro možnost *nevím* se rozhodlo 24 (27 %) dotázaných, r. 2001-2005 uvedlo 14 (16 %) respondentů, r 2006-2009 udává 13 (14 %) sester, časové období před r. 1989 uvedlo 12 (13 %) respondentů. Možnost *dosud nemáme* neuvedl nikdo z respondentů.

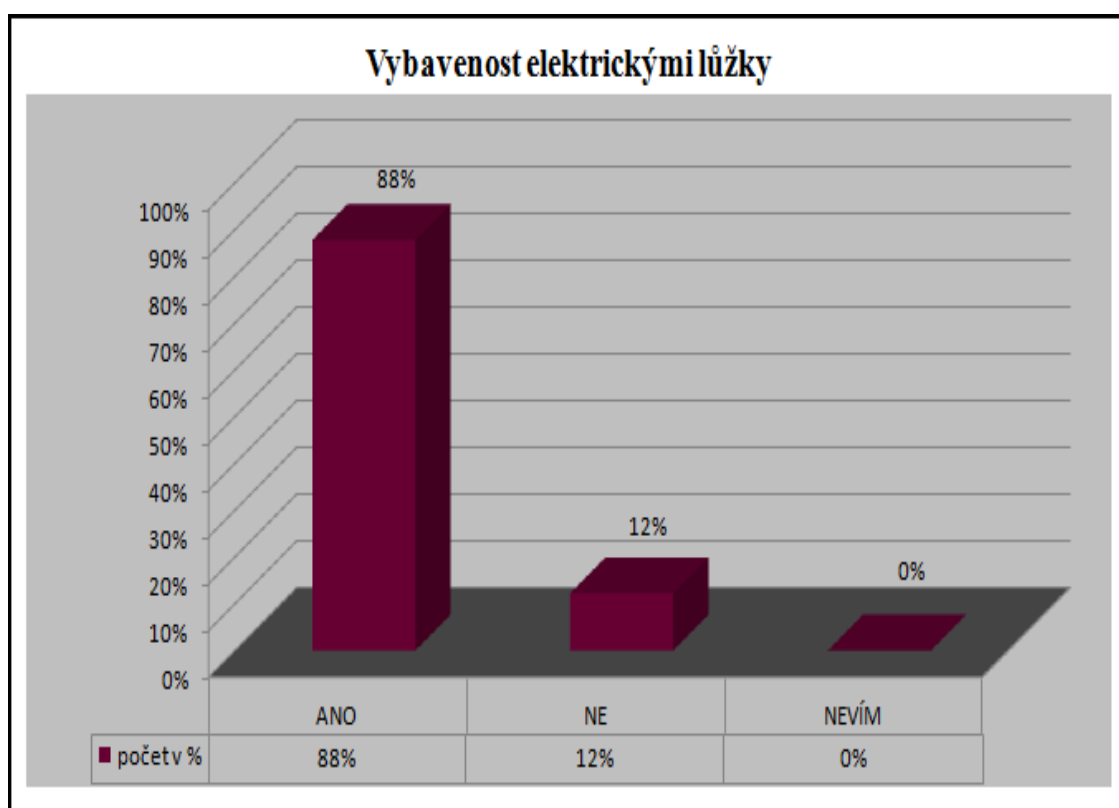
**Graf 12: Průměrný věk antidekubitárních matrací ( Dotazník, otázka č. 12 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při hodnocení průměrného věku antidekubitárních matrací nejvíce respondentů 34 (38%) uvedlo dobu používání 7-10 let, 32 (36 %) sester se rozhodlo pro odpověď *nevím*, 10 (11 %) sester uvádí věkovou kategorii 4-7 let, pro použití méně než 3 roky se rozhodlo 7 (8 %) sester, nikdo z dotázaných neuvedl možnost *nemáme*.

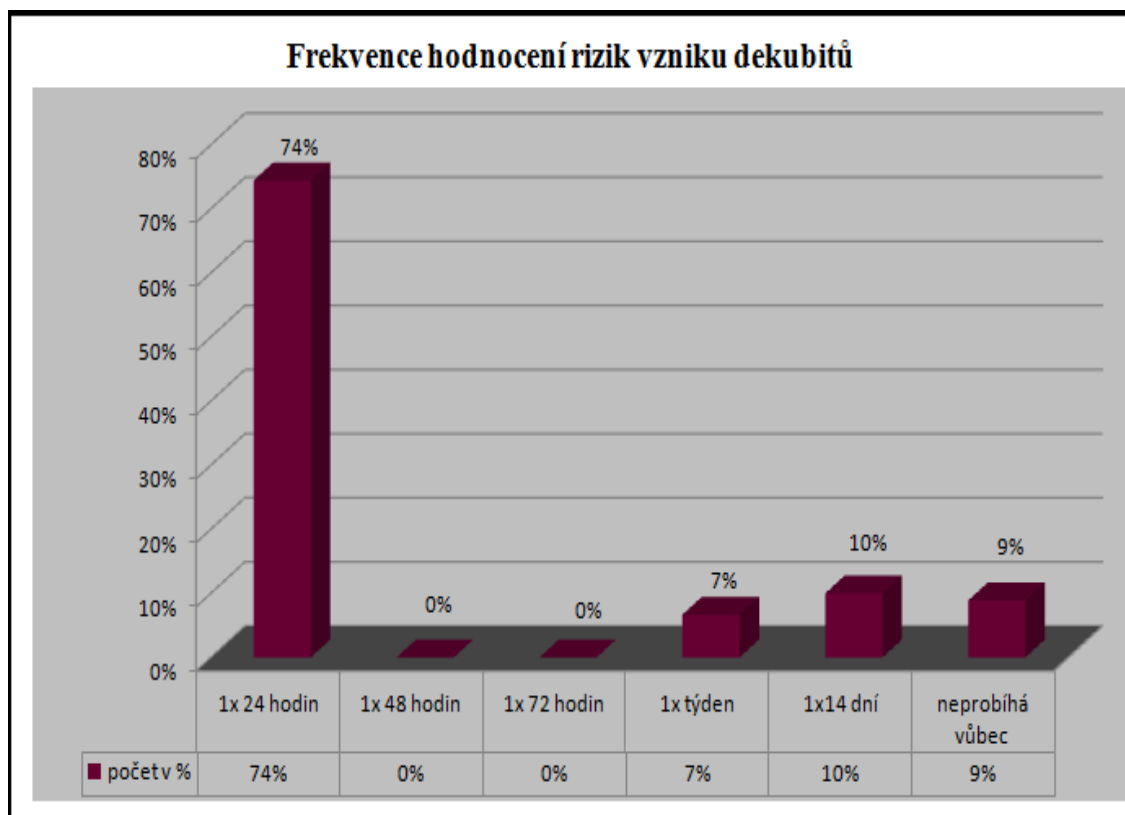
**Graf 13: Vybavenost domovů pro seniory el. lůžky ( Dotazník, otázka č. 13 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Vybavenost elektrickými lůžky udává 79 (88%) respondentů, 11 (12%) respondentů uvedlo, že nejsou vybaveni elektrickými lůžky.

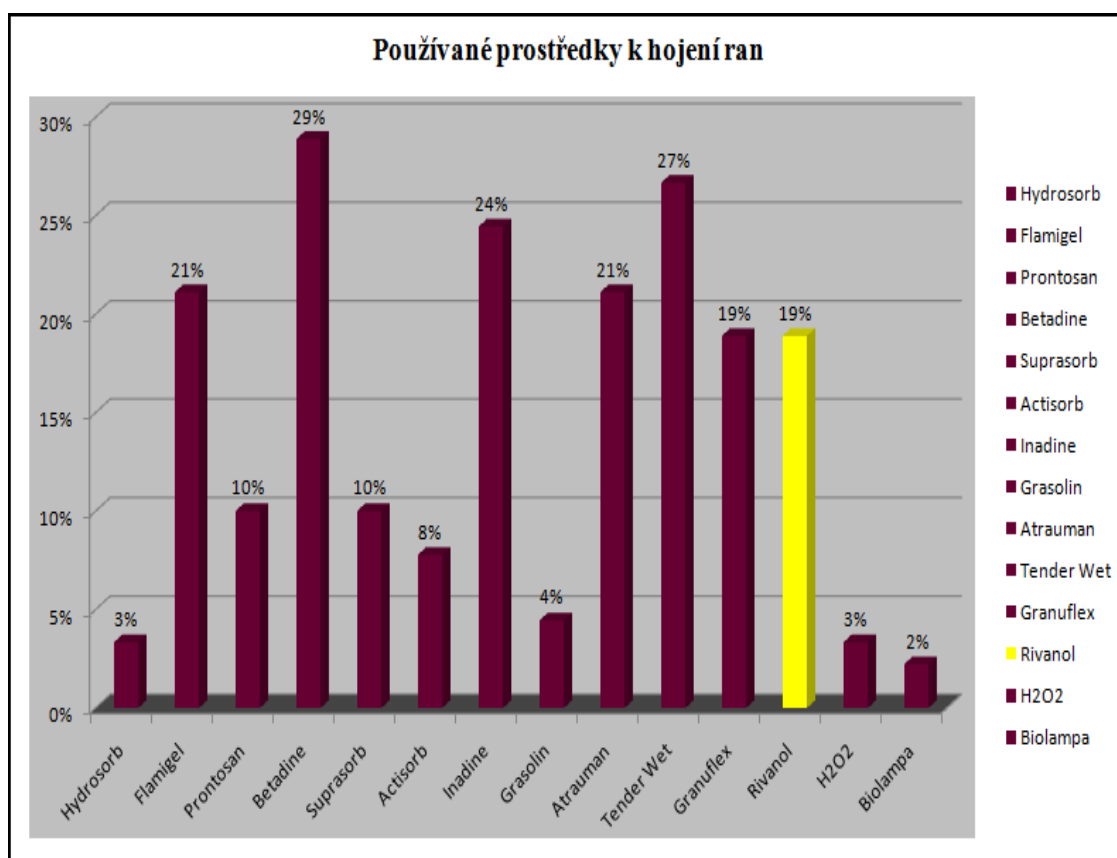
**Graf 14: Frekvence hodnocení rizik vzniku dekubitů ( Dotazník, otázka č. 14 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů 67 (74 %) uvádí frekvenci hodnocení rizika vzniku dekubitů *1x 24 hod*, hodnocení *1x týdně* uvedlo 6 (7 %) dotázaných, hodnocení *neprobíhá vůbec* u 8 (9 %) dotazovaných, frekvenci hodnocení dekubitů *1x 14 dní* zvolilo 9 (10 %) respondentů, možnost hodnocení *1x 48h* a *1x 72h* neuvedla žádná z dotázaných.

**Graf 15: Používané prostředky k hojení ran ( Dotazník, otázka č. 15 )**

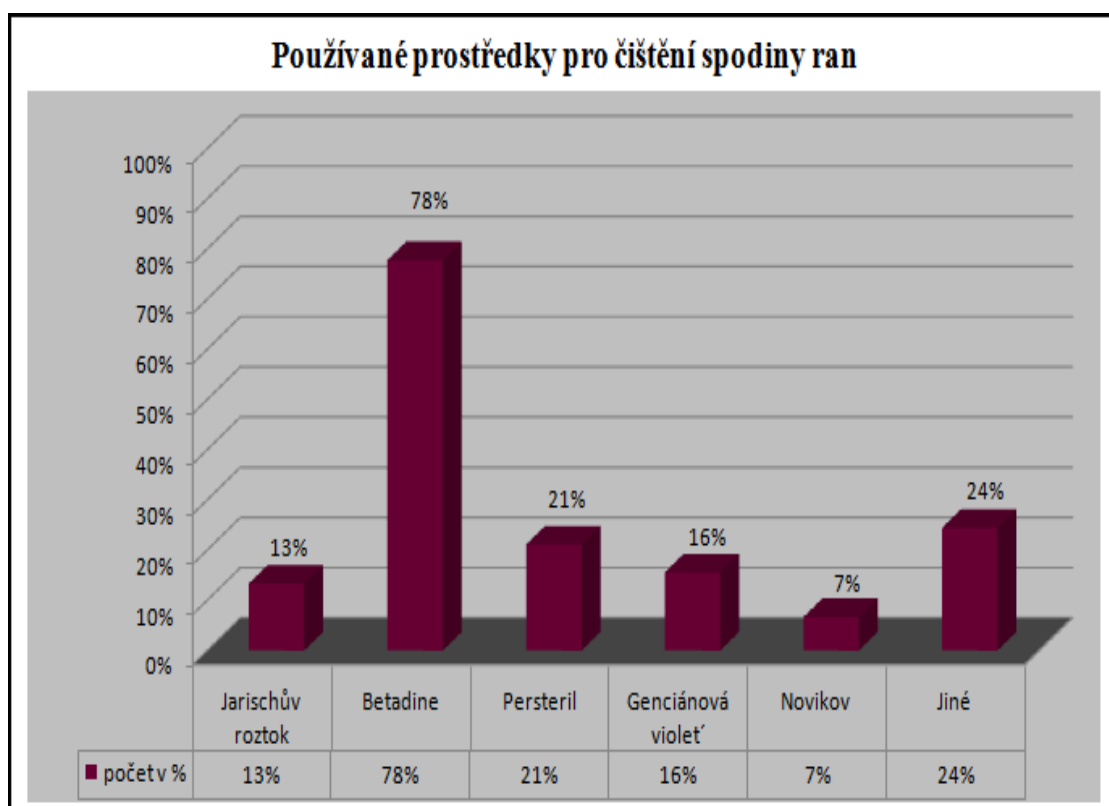


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf mapuje četnost nejvíce zastoupených používaných prostředků k hojení ran. Respondenti měli možnost uvést více prostředků. *Betadine* uvedlo 26 (29 %) sester, *Tender Wet* 24 (27 %) sester, *Inadine* 22 (24 %) dotázaných, *Flamigel* a *Atrauman* uvedlo shodně 19 (21 %) dotázaných sester, *Granuflex* a *Rivanol* užívá k hojení ran 17 (19 %) dotázaných respondentů, *Prontosan* a *Suprasorb* označilo 9 (10 %) sester, *Actisorb* používá 7 (8 %) respondentů, *Grasolin* uvádí 4 (4 %) dotázané, *H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>* a *Hydrosorb* označili 3 (3 %) respondenti a 2 (2 %) dotázané používají k hojení ran *biolampu*.



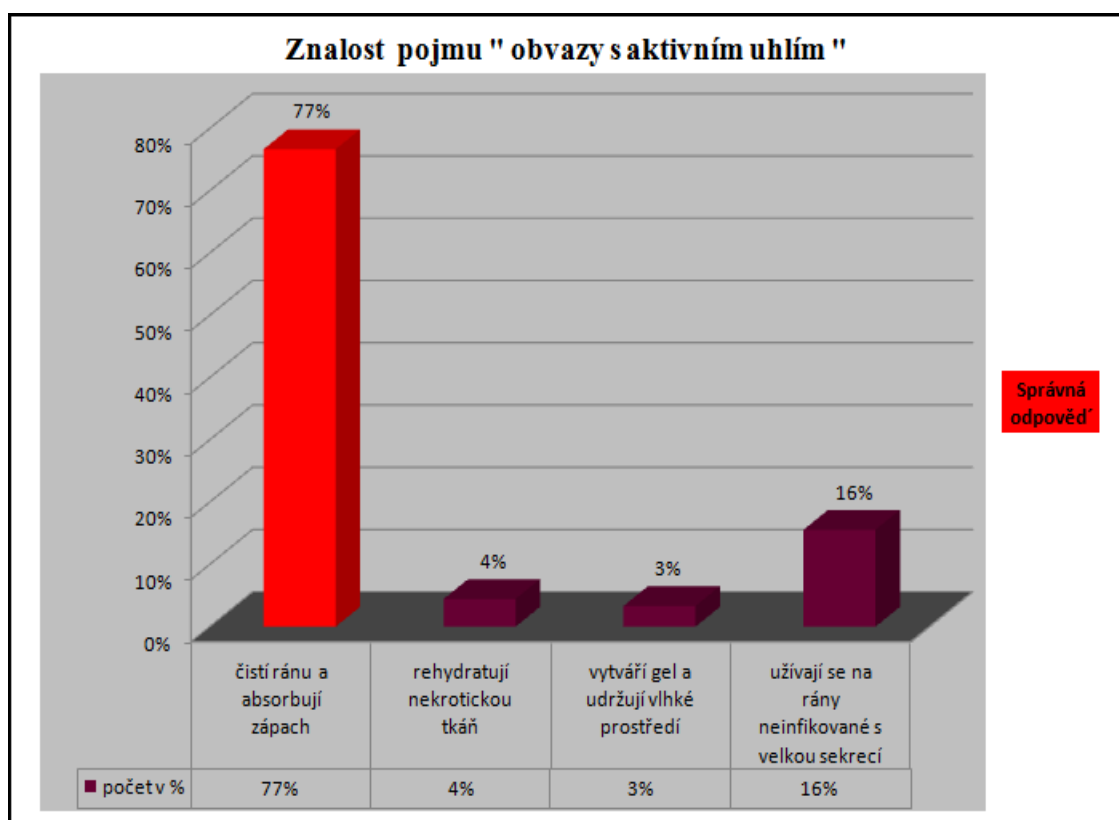
**Graf 16: Používané prostředky pro čištění spodiny ran ( Dotazník, otázka č. 16 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Při odpovědi na tuto otázku mohli respondenti označit více možností. Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z 90 respondentů jich 70 (78 %) označilo *Betadine* jako vhodný prostředek pro čištění ran, pro *Pesteril* se rozhodlo 19 (21 %) dotázaných, *Genciánovou violeť* uvedlo 14 (16 %) dotázaných, *Jarischův roztok* jako vhodný prostředek uvedlo 12 (13 %) dotázaných, *Novikov* preferuje 6 (7 %) respondentů. Do kategorie *jiné* mohli dotazovaní zařadit prostředky dle vlastního uvážení: 13 (14 %) respondentů uvedlo přípravek *Prontosan*, 10 (11 %) sester se rozhodlo pro *Dermacyn*, 2 (2 %) dotazované pro *Rivanol*.

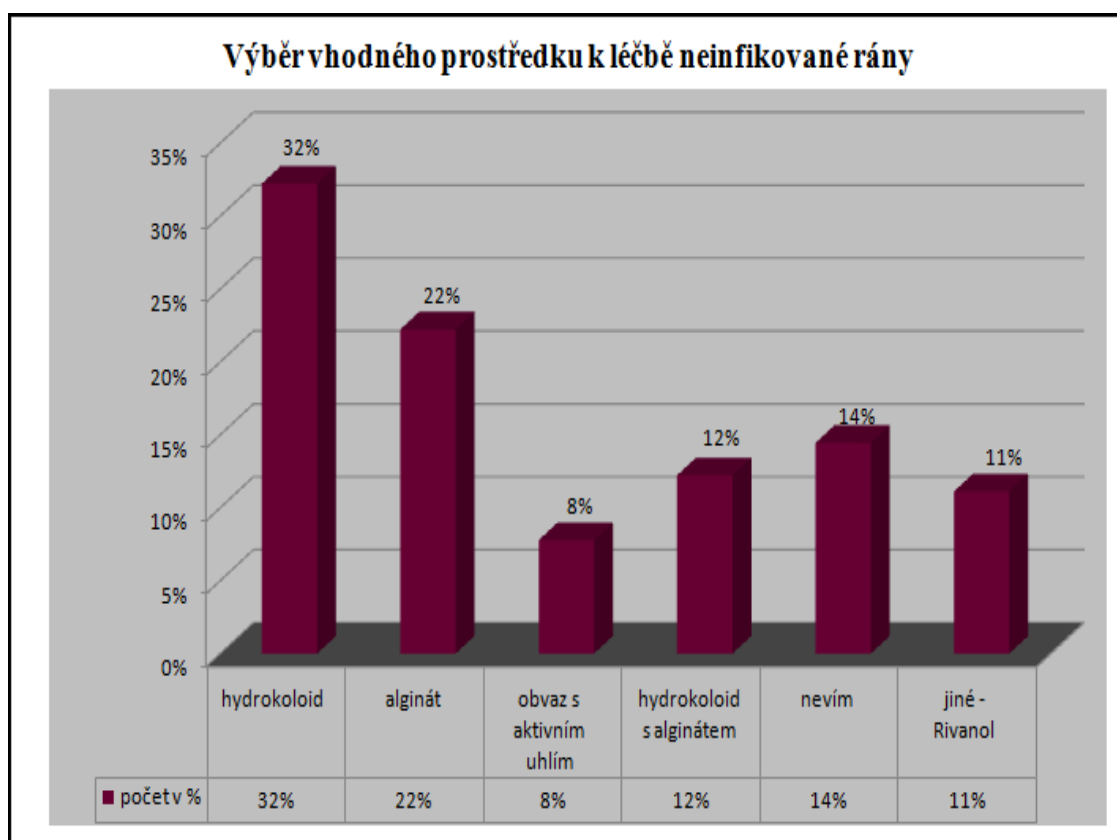
**Graf 17: Znalost pojmu " obvazy s aktivním uhlím " ( Dotazník, otázka č. 17 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů 69 (77 %) označilo jako odpověď na definici pojmu obvazy s aktivním uhlím možnost- *čistí ránu a absorbuje zápach*, 14 (16 %) dotazovaných uvedlo – *užívá se na rány neinfikované*, pro odpověď - *rehydratují nekrotickou tkáň* se rozhodly 4 (4 %) dotázané , u 3 (3 %) respondentů byla uvedena odpověď – *vytváří gel a udržuje vlhké prostředí*.

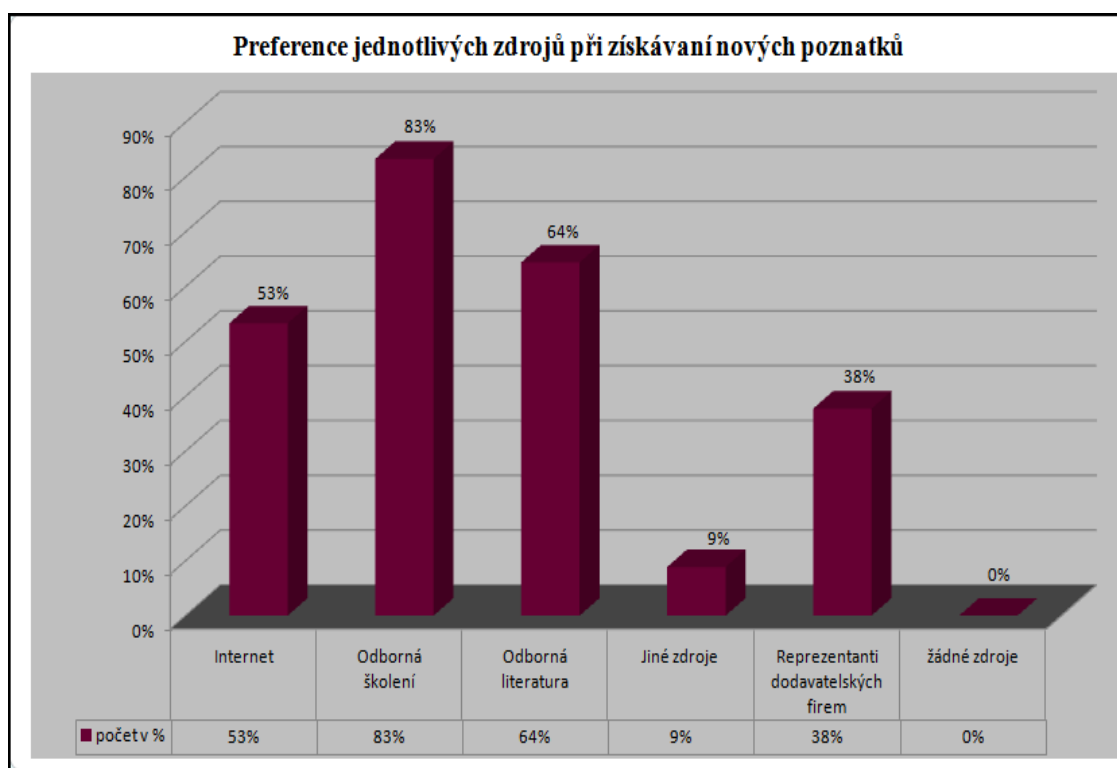
Graf 18: Výběr prostředku k léčbě neinfikované rány ( Dotazník, otázka č. 18 )



Zdroj: Vlastní výzkum

Při výběru vhodného prostředku nejvíce respondentů a to 29 (32 %) volilo *hydrokoloid*, *alginát* zvolilo 20 (22%) respondentů, odpověď *nevím* byla uvedena u 13 (14 %) dotazovaných. Kategorii *hydrokoloid a alginátem* zvolilo 11 (12%) respondentů, kategorii *jiné (Rivanol)* dalo přednost 10 (11 %) respondentů. Nejmenší počet respondentů 7 (8 %) vybralo *obvaz s aktivním uhlím*.

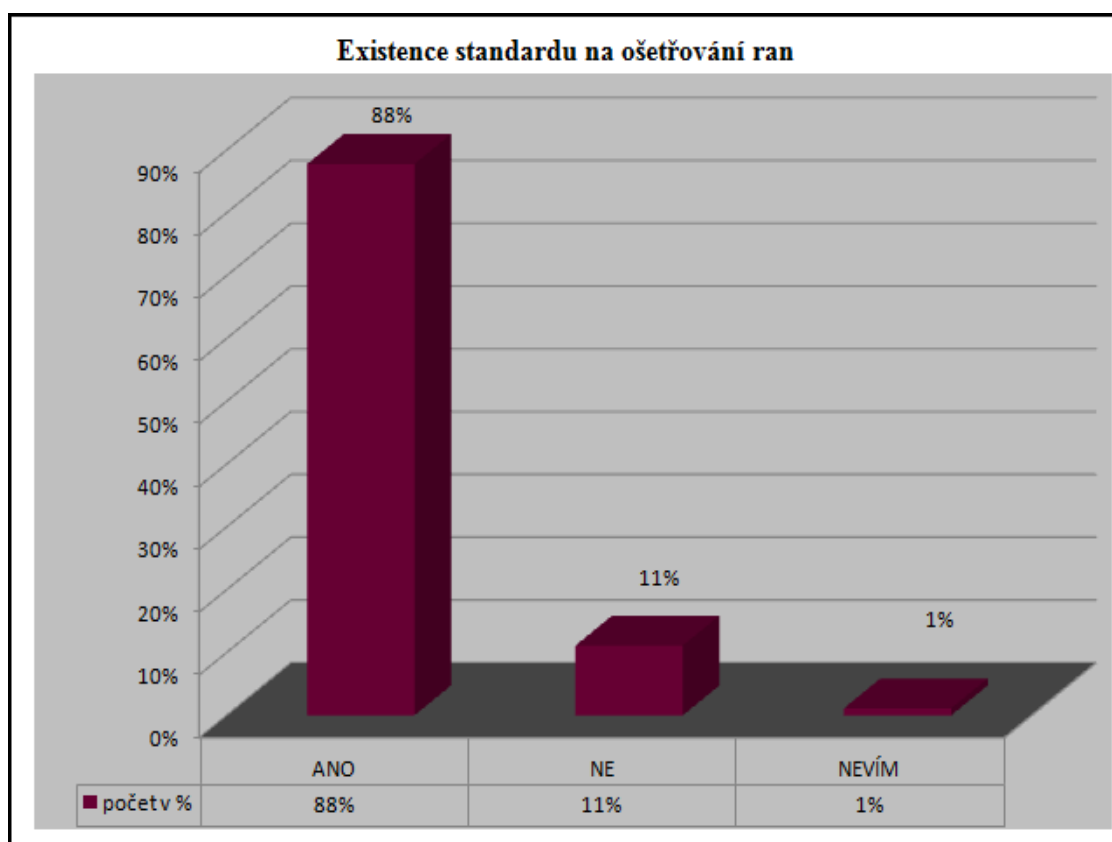
**Graf 19: Preference zdrojů při získávání nových poznatků (Dotazník, otázka č. 19)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazované mohli zvolit více možností. Nejpreferovanější zdroj při získávání nových poznatků respondenti uváděli *odborná školení* a to z 90 celkově dotazovaných sester celých 75 (83 %), druhou nejvíce zastoupenou kategorií byla *odborná literatura*, kterou zvolilo 58 (64 %) sester, *Internet* uvedlo 48 (53 %) sester, jako zdroj nových informací 34 (38 %) respondentů uvedlo *reprezentanty* dodavatelských firem, kategorii *jiné zdroje* uvedlo 8 (9 %) respondentů.

**Graf 20: Existence standardu na ošetřování ran ( Dotazník, otázka č. 20 )**



Zdroj: Vlastní výzkum

Existenci standardu na ošetřování ran potvrzuje 79 (88%) respondentů, odpověď *NE* zvolilo 10 (11%) respondentů a pro odpověď *nevím* se rozhodla 1 (1 %) dotazovaná.

#### **4.2 Řízený rozhovor s imobilními seniory v domově pro seniory Chvalkov**

První rozhovor se uskutečnil s paní X., nar. 1923.

Klientkou domova pro seniory je 1 rok, přišla plně imobilní z nemocnice v Českých Budějovicích. V současné době ve spolupráci s rehabilitační sestrou chodí v chodítku, v lůžku se otočí, má aktivní antidekubitní matraci, během našeho rozhovoru seděla v lůžku, připravenou stravu dokáže sníst sama, v hodnocení stupně nezávislosti má nyní střední stupeň závislosti. Na otázku, *jak často je polohována*, říká, že přesně neví ale, že se o ní sestry moc dobře starají.

Pan Z., narozen 1930

Služeb domova pro seniory využívá 1 rok, přišel z domova pro seniory Hvízdal, kde byl na odlehčujícím pobytu, spádově patří do oblasti působení domova pro seniory Chvalkov. Rodina za ním dochází pravidelně každou sobotu. Klient je plně imobilní, po mozkové mrtvici, rehabilitační sestra s ním provádí pasivní rehabilitaci v lůžku, nutné je pravidelné polohování, sebeobsluhu při jídle zvládá pouze částečně, sestry ho musí dokrmovat. Klient je pouze někdy orientován místem a časem. Klient je umístěn v lůžku s aktivním antidekubitárním systémem, v době našeho rozhovoru měl věnečky pod patami a lokty, vzhledem k jeho dezorientovanosti nebylo možné dál pokračovat v rozhovoru.

Paní V. narozena 1930

V domově pro seniory je 4 roky, přeložena byla z léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde byla hospitalizovaná pro doléčení po mozkové mrtvici. Paní V. má silnou nadváhu, BMI 31, je umístěna na aktivní antidekubitární matraci, která podle ošetřujícího personálu díky klientčině nadváze neplní svoji funkci, tak jak by měla. Tato klientka je negativistická, křičí při každé snaze o změnu polohy, dezorientovaná, z pohledu ošetřovatelské a antidekubitární péče je velmi náročné u této klientky předcházet proležením. Podle ošetřujícího personálu přesto zatím klientka nemá proleženiny.

Paní F. narozena 1921

Klientkou domova pro seniory je 12 let, dříve byla chodící, nyní 1 rok je plně imobilní, mírně dezorientovaná časem, leží na antidekubitární matraci aktivní, v lůžku má klín a věnečky pod lokty. Na otázku, *co to má pod loktem*, paní F odpovídá, aby se neodřela.

## 5. DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat antidekubitární péči a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Výzkumu se zúčastnilo 90 sester pracujících v těchto domovech. Otázky 1-3 byly identifikační. Z oslovených 90 sester ( 100 % ) jich je 35 % ve věku 46-55 let, v oblasti vzdělání je nejpočetněji zastoupena skupina respondentů se *středoškolským vzděláním*. Otázka č. 3 byla zaměřena na zjišťování délky praxe v domově pro seniory, která ukázala, že nejvíce sester 32 % pracuje v těchto zařízeních 4-9 let, druhou nejpočetnější kategorií byla skupina *do 3 let* s 31 %, přes 10 let už v domovech pro seniory pracuje jen 18 % respondentů. V otázce kapacity lůžek ( Dotazník, otázka č. 4 ) ve vybraných domovech v Jihočeském kraji z průzkumu vyplynulo, že počet *do 20 lůžek* neudává žádné z oslovených zařízení a potvrzuje se i fakt, že vývoj výstavby domovů pro seniory od 70. a částečně 80. let 20. století byl zaměřen na mnohalůžková zařízení, jak uvádí Kalvach ( 2004, 493 s.) ( 12 ), která měla za úkol řešit tíživý nedostatek míst. 51 % z celkových dotázaných uvedlo, že pracuje v domovech pro seniory s kapacitou *nad 100 lůžek*. Z otázky č. 4 je možné i usuzovat na postupný odklon od výše zmíněného trendu, jak byl popsán v 80. letech Douchovou a Kasalovou a snahou vrátit domovy pro seniory do normálního života a jak uvádí Kasalová ( 1987, 493 s.), zmíněno Kalvachem ( 2004, 493 s. ), protože 28 % dotázaných uvedlo, že pracuje v domovech pro seniory s menším počtem lůžek *než 50*.

Prvním cílem naší práce bylo *zjistit rozdíl v používaných antidekubitárních pomůckách ve vybraných domovech pro seniory*. Předpokládaná hypotéza H1: *Vybavenost jednotlivých domovů pro seniory antidekubitárními pomůckami je rozdílná*.

Při výzkumu preferencí antidekubitárních pomůcek jsme nejprve zjišťovali preference jednotlivých pomůcek ( Dotazník, otázka č. 5 ) ve všech domovech pro seniory, později byly vybrány 3 pomůcky s nejrůznějším počtem zastoupení. V celkovém součtu odpovědí byla nejpočetněji ( 89 % ) zastoupena *antidekubitární matrace*. Dále se na nad hranicí 75 % preferencí dostali *klíny* ( 84 % ), *mezinožní polštář* ( 77 % ) a shodně *válce s věnečky* ( 76 % ). Při porovnání četnosti odpovědí označující používání *antidekubitárních matrací* v jednotlivých domovech pro seniory, tuto pomůcku označilo



téměř 100 % respondentů. Na základě tohoto výsledku lze tvrdit, že antidekubitární matraci vnímá ošetřující personál jako nejdůležitější a nevyhnutelný nástroj k prevenci a léčbě dekubitů. Toto mé zjištění koresponduje s názorem Bc. Niny Müllerové ( bývalá hlavní sestra Fakultní nemocnice v Plzni, nyní Ministerstvo zdravotnictví ČR ), že kvalitní lůžko a matrace jsou velmi důležité při léčbě a prevenci dekubitů. S touto otázkou ale zároveň úzce souvisí věk těchto matrací. Podle marketingového ředitele společnosti Linet Tomáše Koláře ( Časopis Komfort 4/2004), např. ve Velké Británii právě hodně dbají na lůžka a matrace. Často je u nás ze zahraničí oceňováno vybavení v zařízeních a péče o pacienty, ale pozastavují se nad špatnou úrovní matrací. Podle dostupných údajů je v českých zařízeních až 80 % matrací starších deseti let. Tento fakt lze podpořit na základě odpovědí z dotazníku na otázku č. 12 ( viz. příloha 1 ), protože plných 38 % respondentů uvedlo ve svojí odpovědi, že průměrný věk matrací je mezi 7-10 let. Poměrně překvapivá informace z této otázky je, že 36 % ošetřovatelského personálu věk používaných matrací nezná, což by mohlo být dáno do souvislosti s průměrnou délkou ošetřovatelské praxe, přestože v odpovědích na otázku č. 1. byla jako nejčastěji zastoupena věková kategorie 4-9 let (32 %). Na druhou stranu je ale důležité zmínit fakt, že 31 % ošetřujícího personálu uvádí délku praxe pouze 3 roky a méně a tudíž můžeme předpokládat, že na otázku průměrného věku matrací se vyskytovaly nejčastěji odpovědi *nevím*, právě z této kategorie. Tento fakt je možné potvrdit i z výsledků otázky č. 10, kdy pouze 64 % sester ví, kdy se začaly antidekubitární matrace v jejich zařízeních používat a dokážou je specifikovat v kategorii nabízených možností časové osy. Celkových 30 % sester ve svých odpovědích uvedlo, že matrace se v jejich zařízeních začaly používat v rozmezí let 1990-2000. Tento výsledek také potvrzuje výše zmíněnou informaci ohledně průměrného věku matrací ve zdravotně-sociálních zařízeních v České republice.

Při mapování používaných typů matrací v jednotlivých zařízeních dominuje jednoznačně matrace *antidekubitní aktivní* (79 %), což dokládá i naše šetření, kdy většina domovů dodává, že většina částečně či plně imobilní klientů využívají předností tohoto druhu matrace, toto tvrzení koresponduje s grafem č. 7, který zjišťuje procentuelní zastoupení imobilních klientů. Jak je patrné z čísla 63 % imobilních ( viz.

graf č. 7 ), pojem imobilní byl zřejmě respondenty pochopen jako plně imobilní a klienti s částečnou imobilitou zde nebyli dotazovanými zahrnuti.

Při porovnávání jednotlivých pomůcek byla jednou z vybraných antidekubitární podložka - *dekuba*. Tento výrobek je možné používat k přímému styku s pokožkou. Je vyrobena z kvalitního syntetického materiálu. Pro své vlastnosti - výbornou tepelnou izolaci, prodyšnost, nezpůsobování alergických reakcí, příjemné působení na pokožku i v teplém ročním období - ji lze doporučit i dalším uživatelům ke zlepšení tělesné pohody na lůžku. Z výsledků šetření vyplývá rozdílnost v oblíbě a využívání tohoto materiálu. V celkovém porovnání jednotlivých pomůcek ve všech domovech pro seniory byla označena 70 % dotazovaných, což byly společně s podložním kolem ( 68 % ) nejnižší preference oblíby. Při detailnějším průzkumu v jednotlivých zařízeních vyšlo najevo, že ve dvou z nich tuto pomůcku vůbec nemají, popř. ji nepoužívají ( viz. graf 5b ). Z pohledu možnosti volby použití různých druhů AD pomůcek je zajímavá informace, že v dalších dvou domovech *dekubu* mají k dispozici, ale používá ji pouze 50 % ošetřujícího personálu. Ve všech ostatních domovech *dekubu* používá k prevenci proleženin alespoň 2/3 sester.

V detailním srovnávání by jsme chtěli ještě dále zmínit rozdílnost v používání a oblíbě podložního kola. Z grafu 5c ( otázka č. 5 ) vyplývá, že ve 3 domovech z celkových 9 je tato pomůcka používána pouze ze 2/3, naopak ve 4 domovech je tato pomůcka používána 100 %. Domnívám se, že tento rozdíl je zapříčiněn možným odklonem od této tradiční pomůcky v některých zařízeních a její náhradou za jiné modernější antidekubitární pomůcky nebo jako další možné vysvětlení se nabízí otázka dostatku či absence těchto pomůcek ( viz. otázka č. 8 ). Z grafu č. 8 vyplývá, že 38 % všech dotázaných sester připouští nedostatek antidekubitárních pomůcek při své práci.

Při hodnocení prvního cíle naší práce, kterým bylo *zjištění rozdílu v používaných pomůckách* jsme na základě výše zmíněných rozborů otázek a grafů zjistili, že domovy pro seniory nemají výrazně rozdílné vybavení antidekubitárními pomůckami a naše hypotéza H1, že *vybavenost jednotlivých domovů pro seniory antidekubitárními pomůckami je rozdílná*, se nepotvrdila. K tomuto závěru jsme dospěli na základě celkového vyhodnocení, kdy ve 2/3 všech sledovaných domovů pro seniory používají

stejně antidekubitární pomůcky. Pouze 3 pomůcky nebyly ve třech domovech pro seniory buď používány nebo nebyly k dispozici ( viz grafy č. 5a, 5b a 5c )

Velmi důležitým faktorem v prevenci a léčbě dekubitů je hodnocení rizika jejich vzniků. Jedna z otázek našeho výzkumu byla zaměřena na frekvenci, s jakou probíhá hodnocení těchto rizik v jednotlivých domovech pro seniory. Optimální frekvence hodnocení stavu a možného vzniku dekubitů, jak uvádí Čok ( 2007 ) ( 3 ), je 1x24 hodin. Z našeho průzkumu vyplývá, že plných 74 % sester toto hodnocení tak provádí, tedy 1x24 hodin. Poněkud zarážející jsou údaje z otázky č. 14 o tom, že 7 % sester provádí hodnocení 1x za týden a 10 % sester i 1x14 dní. Zneklidňující je uvedený údaj 8 % ošetřujícího personálu ( jednalo se o 1 domov pro seniory), který zvolilo odpověď *hodnocení neprobíhá vůbec*. V dotazníku byly pouze ručně dopsány poznámky *hodnotíme podle vlastních tabulek*. Vzhledem k tomu, že jsme neměli možnost do těchto interních tabulek nahlédnout, nemůžeme posoudit, o jaké hodnocení se jedná a v jaké frekvenci je prováděno.

Pokud se týká aktuálních znalostí, do dotazníku byla zařazena otázka znalosti pojmu *autoregrese* ( 9 ) ( Dotazník, otázka č. 9). Správně odpovědělo 57 % dotázaných, že se jedná o pohyb zádového a nožního dílu od středu lůžka k čelům, což pro nás bylo potěšující zjištění, neboť to koresponduje s názorem Mikuly ( 2008, 29 s.) ( 22 ), *autoregrese* zvětšuje prostor v hýžd'ové oblasti a tím snižuje tlak na tkáň, což má velký význam v prevenci vzniku dekubitů a v neposlední řadě také zabraňuje posunu matrace při polohování a tím prodlužuje její životnost. Pro odlehčení jsme do možností odpovědí na tuto otázku uvedli možnost „ *autoregrese je návrat k předchozím technologiím*“ výsledná hodnota 2 % respondentů pro tuto možnost nás při vyhodnocení zmíněného dotazníku mírně zaskočila. Pojem „ *regrese* “ ( lat. ) je uveden v medicíně jako opakování, návrat viz ( Neues Universal lexikon in Farbe J. Grégrová, 712 s ) ( 9 ). proto zřejmě byla tato odpověď zvolena jako nejpřiléhavější. Výsledek 39 % špatných odpovědí je poměrně vysoká hodnota. Není bez zajímavosti, že ve druhé znalostní otázce ( Dotazník, otázka č. 17 ), kde měli respondenti správně definovat pojem obvazy s aktivním uhlím, dobře už odpovědělo 77 % dotázaných sester. Jedním z možných vysvětlení těchto rozdílů ve znalostech pojmů je aktuálnost a množství

diskusí, odborných přednášek a školení nejrůznějších farmaceutických firem, které se zabývají výrobou a distribucí moderních prostředků k ošetřování ran.

Druhým cílem naší práce bylo zjistit *Informovanost sester, ve vybraných domovech pro seniory o moderních prostředcích při ošetřování dekubitů*. Předpokládaná hypotéza H2 byla, že *sestry pracující v domovech pro seniory nemají informace o nejmodernějších prostředcích při ošetřování dekubitů*. Jednou z otázek ( Dotazník, otázka č. 18 ) bylo označení nejvhodnějšího prostředku k léčbě neinfikované rány. Z nabídky možných prostředků byly námi voleni jednotliví zástupci s ohledem na nové léčebné postupy tzv. moderního hojení ran, které respektují charakter rány a intenzitu sekrece. První prostředek *hydrokoloid* jak uvádí Pospíšilová ( 2001, 49 s. ) ( 24 ), patří k nejstarším obvazům nové generace, které jsou vhodné na rány středně a silně secernující. Pro tento prostředek se rozhodlo 32 % respondentů. Odpovědi *alginát* a *hydrokoloid s alginátem* preferovalo 22 %, resp. 12 % dotazovaných sester. Z odborného pohledu lze tyto 3 prostředky považovat za správně zvolené, protože otázka nebyla více specifikována, lze výklad charakteristik těchto prostředků považovat víceméně za vhodný. V odborné literatuře viz. Geriatrie a Gerontologie, Z. Kalvach 238 s., se pod pojmem algináty udávají prostředky, které jsou vhodné u silně secernujících ran a současně pojmající zbytky odumřelých buněk a hnis. Toto tvrzení je možné podpořit další odbornou literaturou v které Pospíšilová, Švestková ( 2001, 50 s. ), ( 24 ), která udává současně i čistící efekt tohoto materiálu. V celkovém součtu tedy správně odpovědělo 67 % dotázaných, což naši hypotézu, že sestry nemají informace o nejmodernějších prostředcích, nepotvrdilo.

Jako nevhodná odpověď, pro kterou se rozhodlo 8 % sester je možnost *obvaz s aktivním uhlím*, neboť jak dokumentuje Kalvach ( 2004, 238 s. ) ( 12 ) je tento materiál vhodný pro rány s příznaky infekce. Z hlediska dalších možných odpovědí nás překvapilo 8 % respondentů , kteří odpověděli „ *nevím* „. Důvod v tuto chvíli nelze jednoznačně podpořit vhodným vysvětlením. Jedním z nabízených vysvětlení by mohla být poměrně krátká doba praxe některých sester ( Dotazník, otázka č. 3 ), nicméně tento fakt popírá malé % zastoupení respondentů v kategorii od 18-25 let, které by tuto neznalost alespoň částečně vysvětlovalo.

Součástí našeho výzkumu se stala i problematika používání prostředků k hojení ran. Otázky byly cíleny na zjištění informace, zda sestry pracující v domovech pro seniory preferují tzv. klasické prostředky nebo využívají metod moderního hojení ran. Jak vyplývá z grafu č. 15 ( Dotazník, otázka č. 15 ) je zřejmé, že četnost vybraných prostředků např. Flamigel, Prontosan, Actisorb, TenderWet a další ukazuje na zřejmý trend příklonu k moderním léčebným prostředkům a metodám moderního hojení ran. Zástupci klasického hojení ran byly respondenty uvedeny pouze H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> a Rivanol. Na základě tohoto výběru lze potvrdit fakt, jak uvádí Kalvach ( 2004, 237 s. ) ( 12 ), že v posledních letech je patrný odklon od klasické léčby. Za zmínku stojí i fakt, že v domovech pro seniory jsou aplikovány alternativní způsoby terapie, v našem výzkumu se objevil pojem biolampa, která má analgetický a stimulační účinek, podporuje granulace, aktivuje fibroblasty, kapilární cévy a epitelie. Možnosti aplikace jsou lokální a každodenní podle viz. Čok ( 2007 ) ( 3 ).

V problematice otázky čištění spodiny ran ( Dotazník, otázka č. 16 ) bychom chtěli upozornit na fakt, že z 90 respondentů 16 % dotázaných uvedlo jako vhodný prostředek Genciánovou violeť, která se, jak uvádí Kalvach a kol. ( 2004, 237 s.), v současné době nedoporučuje pro cytotoxický efekt, pomineme-li navíc zhoršenou přehlednost rány.

Posledním tématem výzkumu byly preference zdrojů při získávání nových informací. Podle našeho předpokladu nejčastějším zdrojem jsou odborná školení sester, kde tento zdroj uvedlo 83 % z 90-ti dotazovaných. Dalším důležitým zdrojem nových informací je odborná literatura, pro kterou se vyslovilo 64 % dotázaných sester. Z četností odpovědí je zřejmá aktivita obchodních zástupců, z jejichž informací čerpá plných 38 % z celkového počtu dotázaných sester pracujících v domovech pro seniory.

Pro doplnění celkové situace jsme zařadili do naší práce i řízený rozhovor s některými klienty v domově pro seniory Chvalkov. Vzhledem ke stáří a celkovému psychickému a fyzickému stavu těchto klientů je třeba poukázat na fakt, že tento rozhovor byl pouze k dokreslení a podpoře této problematiky.

## 6. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat antidekubitární péči a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje. Cíl práce byl splněn.

První hypotéza, ve které jsme předpokládali, že vybavenost jednotlivých domovů pro seniory antidekubitárními pomůckami je rozdílná, se nepotvrdila. Ve většině domovů pro seniory využívají k prevenci dekubitů v podstatě shodné pomůcky, rozdílnost ve vybavení jednotlivých domovů byla malá.

Druhá hypotéza předpokládající, že sestry pracující v domovech pro seniory nemají informace o nejmodernějších prostředcích a ošetřování dekubitů, se nepotvrdila. Pouze 16 % sester pracujících v těchto domovech tyto informace nemají.

Chtěli bychom zároveň poukázat na jedno pozitivní zjištění našeho průzkumu. Ve všech námi sledovaných zařízeních dominuje v používání typů matrací jednoznačně antidekubitární matrace aktivní a to i přesto, že pořizovací náklady se zdají být vysoké, ale je dokázáno, že tato částka je nižší než finanční prostředky vydávané na léčbu vzniklých dekubitů. Bylo potěšením zjistit, že tento kvalitní antidekubitární systém lze považovat za standard v péči o imobilní uživatele v domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Zároveň je ale třeba podotknout, že nejdůležitější roli v ošetřování hraje vždy sestra. Ona má v rukou ohodnocení pacienta v riziku k dekubitům, stanovení ošetřovatelského postupu, kontrolu, motivaci klienta a empatického přístupu k němu.. Musí mít dobré znalosti a také pozitivní přístup k problematice. Bez vzdělané sestry nepomůže sebelepší vybavení. A naopak, pokud bude vzdělaná sestra bez prostředků nebo jen se špatnými a nedostatečnými pomůckami, ani s velkou snahou nedosáhne žádaných výsledků.

Bylo by pro nás potěšující, kdyby výsledky našeho šetření přispěly ke zvýšené informovanosti sester s dopadem na zefektivnění péče o klienty.

## 7. KLÍČOVÁ SLOVA

Domov pro seniory

Dekubitus

Antidekubitární pomůcky

Autoregrese

Imobilita

Dekuba

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAUMRUKOVÁ a kol. *Obce, města regiony a sociální služby*. 1. vyd., Jihlava: Socioklub, Na Výtoni 12, Praha 2, 1997. 151 . ISBN 80 – 902260 – 1 – 9
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Příbram: Grada Publishing, U Průhonu 22/466 Praha, 2002. ISBN 80 – 247 – 0143 – X
3. ČOK, Milan. *Prevence vzniků dekubitů I*. [ online ]. 20.12.2007 [ cit. 2007-5-14 ]. Dostupné z <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=2#prevence>
4. ČOK, Milan. *Prevence vzniků dekubitů I*. [ online ]. 20.12.2007 [ cit. 2007-5- 14 ]. Dostupné z <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=1#infekce>
5. ČOK, Milan. *Prevence vzniků dekubitů I*. [ online ]. 20.12.2007 [ cit. 2007-5-14 ]. Dostupné z <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=5>
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, Chválkovická 5, Olomouc, 2000. ISBN 80 – 86297 – 05 – 5
7. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, Chválkovická 5, Olomouc, 1995. ISBN 80 – 901667 – 0 – 9
8. GLOSOVÁ, Dagmar et al. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd., Brno: Era, Berkova 8, Brno, 2006. ISBN 80 – 7366 – 057 – 1
9. GRÉGROVÁ, Jana – LUTOVSKÁ, Pavla a kol. *Rodinný lexikon*. Bratislava: Aktuell, Vazova 15, Bratislava, 2004. ISBN 80 – 89153 – 08 – 9



10. HOLEKSOVÁ, Tatjana. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd., Havlíčkův Brod: Grada Publishing, U Průhonu 22, Praha, 2002. ISBN 80 – 247 – 0212 – 6
11. HOLMEROVÁ, Iva – JURAŠKOVÁ, Božena – ZIKMUNDOVÁ, Květa., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1. vyd., Praha: GEMA, Šimůnkova 1600, Praha 8, 2002. ISBN není k dispozici ( vydáno jak studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR )
12. KALVACH, Zdeněk – ZADÁK, Zdeněk – JIRÁK, Roman – ZAVÁZALOVÁ, Helena – SUCHARDA, Petr a kol., *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Příbram: Grada Publishing, U Průhonu 22, Praha, 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 – 6
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. 1. vyd. Ostrava: Tiskárna DOT, Ostrava, 2004. ISBN 80 – 02 – 01670 – X
14. KOZIEROVÁ, Barbara – ERBOVÁ, Glenora – OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd., Zlín: Osveta, Osloboditel'ov 21, Martin, 1995. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0
15. KOZIEROVÁ, Barbara – ERBOVÁ, Glenora – OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd., Zlín: Osveta, Osloboditel'ov 21, Martin, 1995. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0
16. LINET s.r.o. *Fakta o dekubitech*, [ online ] 3.9.1990 [ cit. 2004-12 ]. Dostupné z <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-4-2004/26843/fakta-o-dekubitech>

17. LINET s.r.o. *Fakta o dekubitech*, [ online ] 3.9.1990 [ cit. 2004-12 ]. Dostupné z <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-4-2004/26846/prevence-dekubitu-vzdelana-sestra-a-kvalitni-prostredky>
18. LINET s.r.o. *Fakta o dekubitech*, [ online ] 3.9.1990 [ cit. 2004-12 ]. Dostupné z <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-4-2004/26849/problem-dekubitu-trapi-pacienty-i-zdravotniky>
19. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, Praha, 2003. ISBN 80 – 246 – 0428 – 0
20. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, Praha, 2004. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9
21. MIKŠOVÁ, Zdeňka – FRONKOVÁ, Marie – ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*, akt. a dopl. 1. vyd., Havlíčkův Brod: Grada Publishing, U Průhonu 22, Praha, 2006. ISBN 80 – 247 – 1443 – 4
22. MIKULA, Jan – MULLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, U Průhonu 22, Praha, 2008. ISBN 978 – 80 – 247 – 2043- 2
23. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd., Liberec: Scientia Medica, Praha 5, 1994. 13. ISBN 80 – 85526- 32- 8
24. POSPÍŠILOVÁ, Alena – Švestková, Sabina. *Léčba chronických ran*. 1. vyd. Adamov: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Vinařská 6, Brno, 2001. ISBN 80 – 7013 – 348 – 1

25. ROZSYPALOVÁ, Marie, ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetřovatelství I.* 1. vyd., Zlínské tiskárny:Informatorium, M. Pujmanové 1219/8, Praha 4, 2002. ISBN 80 – 86073 – 96 – 3
26. ROZSYPALOVÁ, Marie, ŠAFRÁNKOVÁ , Alena, HALADOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství II.* 1. vyd., Zlín: Informatorium, M. Pujmanové 1219/8, Praha 4, 2002. ISBN 80 – 86073 – 97 – 1
27. RYŠKOVÁ, Pavla. *Kůže-zdravověda* [ online ] 25.4.2009 [ cit. 2.5.2009 ]. Dostupné z <http://www.pavlinka.websnadno.cz/KUZE-zdravoveda.doc>
28. SCHREIBER, Michal at al., *Funkční somatologie.* 1. vyd., Velký Šenov: H&H, Komenského 236, Jinočany, 1998. ISBN 80 – 86022 – 28 – 5
29. TESAŘ, Vít. *Stavba kůže* [ online ] 2.5.2007 [ cit. 10-12-2009 ]. Dostupné z [http://www.skola-srejbr.cz/docs/17.Stavba\\_kuze.doc](http://www.skola-srejbr.cz/docs/17.Stavba_kuze.doc)
30. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*, 1.vyd., Semily: Galén, Na Bělidle 34, Praha 5, 2005. ISBN 80 – 7262 – 365 – 6
31. TOPINKOVÁ, Eva – NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře.* Praha: Grada Publishing, U Průhonu 22, Praha, 1995. ISBN 80 – 7169 – 099 – 6
32. TROJAN, Stanislav at al., *Lékařská fyziologie.* 1.vyd., Praha: Grada Avicenum, Praha, 1994. ISBN 80 – 7169 – 036 – 8
33. UMLAUFOVÁ, Pavla. *Amulet, Zdravotní potřeby* [ online ] 10.6.2007 [ cit. 1.8.2009]. Dostupné z <http://www.zdravotnipotreby.cz/kompenzacni-pomucky/>

## 9. PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Dotazník

**Příloha č. 2:** Řízený rozhovor

**Příloha č. 3:** Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2001

**Příloha č. 4:** Stupně dekubitů

**Příloha č. 5:** Stupnice dle Nortonové

**Příloha č. 6:** Autoregrese

**Příloha č. 7:** Pasivní antidekubitární matrace

**Příloha č. 8:** Aktivní antidekubitární matrace

## Příloha č.1 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Stejskalová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány do bakalářské práce na téma „**Antidekubitární péče a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných domovech pro seniory Jihočeského kraje**“. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím jednu odpověď, popř. doplňte vlastními slovy.

Děkuji Vám za čas, který věnujete vyplňování tohoto dotazníku. Petra Stejskalová

### 1. Jaký je Váš věk ?

- |           |           |                  |
|-----------|-----------|------------------|
| a) 18-25  | c) 36 –45 | e) 56 a více let |
| b) 26- 25 | d) 46- 55 |                  |

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- |                  |                              |                  |
|------------------|------------------------------|------------------|
| a) středoškolské | c) vysokoškolské bakalářské  | e) specializační |
| b) vyšší odborné | d) vysokoškolské magisterské | f) jiné          |

### 3. Jaká je délka Vaší praxe v domově pro seniory?

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| a) 0-3 roky | c) 10- 15 let    |
| b) 4-9 let  | d) 16 a více let |

### 4. Kolika lůžky disponuje Vaše zařízení ?

- |                |                 |                 |
|----------------|-----------------|-----------------|
| a) do 20 lůžek | c) do 70 lůžek  | e) více než 100 |
| b) do 50 lůžek | d) do 100 lůžek |                 |

### 5. Jaké antidekubitární pomůcky se používají ve Vašem domově pro seniory? (lze označit více možností)

- |                            |           |                      |
|----------------------------|-----------|----------------------|
| a) antidekubitární matrace | d) klíny  | g) mezinožní polštář |
| b) podložní kolo           | e) dekuba | h) jiné .....        |
| c) věnečky                 | f) válce  |                      |

### 6. Jaké typy matrací používáte ve Vašem domově pro seniory ? (lze označit více možností)

- |                                  |                                  |               |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------|
| a) standardní zdrav. matrace     | c) latexové matrace              | e) nevím      |
| b) matrace antidekubitní pasivní | d) matrace antidekubitní aktivní | f) jiné ..... |

### 7. Kolik imobilních klientů máte průměrně na vašem oddělení ?

- |          |           |              |
|----------|-----------|--------------|
| a) žádné | c) 4- 7   | e) 16 a více |
| b) 1- 3  | d) 8 – 15 |              |



**17. Označte, která z možností definuje pojem „obvazy s aktivním uhlím“:** (označte pouze 1 odpověď)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| a) čistí ránu a absorbují zápach | c) vytváří gel a udržují vlhké prostředí            |
| b) rehydratují nekrotickou tkáň  | d) užívají se na rány neinfikované s velkou sekrecí |

**18. Pro léčbu neinfikované rány s vysokou sekrecí použijete :** (označte pouze 1 odpověď)

- |                |                            |              |
|----------------|----------------------------|--------------|
| a) hydrokoloid | c) obvaz s aktivním uhlím  | e) nevím     |
| b) alginát     | d) hydrokoloid s alginátem | f) jiné..... |

**19. Z jakých zdrojů čerpáte nové poznatky a informace o moderních prostředcích při ošetřování dekubitů ?** (lze označit i více možností)

- |                    |                       |                                       |
|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| a) Internet        | c) odborná literatura | e) reprezentanti dodavatelských firem |
| b) odborná školení | d) jiné zdroje        | f) žádné zdroje                       |

**20. Má Vaše zařízení standard na ošetřování ran ?**

- |        |       |          |
|--------|-------|----------|
| a) ano | b) ne | c) nevím |
|--------|-------|----------|

## **Příloha č. 2** Řízený rozhovor

Řízený rozhovor s vybranými seniory

Otázka č 1 - Jak dlouho jste klientem domova pro seniory ?

Otázka č.2 - Odkud jste přišel ( domov, LDN,domov pro seniory) ?

Otázka č.3 - Jste mobilní plně, částečně, vůbec ?

Otázka č.4 - Máte v lůžku nějaké pomůcky ?

Otázka č. 5 – Znáte smysl antidekubitárních pomůcek ?

Otázka č.6 - Jak často Vám říkají, abyste se v lůžku otočil ?

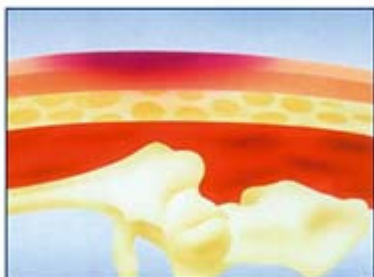


**Příloha č. 3 Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2001**

Typ zařízení	Počet zařízení	Kapacita		Pokoje ( počet pokojů a % lůžkové kapacity )		
		Lůžka celkem	z toho odd.ošetrovatelské	jednolůžkové ( % kapacity )	jednolůžkové ( % kapacity )	vícelůžkové
domov důchodců	346	36200	10933	5426 ( 15 % )	8667 ( 47,9 % )	3573 ( 37,1 )
domov - pension	150	12432	421	7054 ( 56,7 % )	2632 ( 21,2 % )	38 ( 22,1 % )
společné zařízení	6	412	142	55 ( 13,3 % )	99 ( 24 % )	52 ( 62,7 % )
ústav pro chronické alkoholiky	4	161	108	-	-	-
ústav pro chronické psychotiky	5	562	18	-	-	-
celkem	511	49767	11622	12535 ( 25,2 % )	11398 ( 45,8% )	3663 ( 29 % )

Zdroj: Praha, MPSV ČR, 2002

## Příloha č 4 Stupně dekubitů



**I. stupeň - erytém** - tlakové léze bez poškození kůže. Na neporušené kůži se objevuje neblednoucí zčervenání, oblast je oteklá, teplé a nebolestivá. Přesto však nemocný pociťuje pálení, svědění pokožky.



**II. stupeň - puchýř** - tlakové léze s částečným poškozením kůže. Dochází k poškození pokožky a kůže, vytváří se puchýře. Tato fáze je velmi bolestivá.



**III. stupeň - nekróza** - tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou. Poškození zasahuje podkožní vrstvy, v nichž může docházet k odumírání tkáně. Tvoří se hluboký vřed, který je často kryt suchou černohnědou krustou (strup) z odumřelých buněk nebo vlhkým žlutohnědým povlakem. Objevuje se teplota a nechutenství jako jedny z mnoha odpovědí lidského těla na probíhající zánět.



**IV. stupeň - vřed** - tlakové léze provázené ostitidami a artritidami. Dochází k rozsáhlé destrukci, odumírá svalová tkáň poškozena je i kost. I tato rána může být pokryta černohnědou

**Příloha č. 5**

<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>3 body</b>	<b>4 body</b>	<b>body</b>
<b>Schopnost spolupráce (motivace)</b>	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná
<b>Věk (let)</b>	nad 60	pod 60	pod 30	pod 10
<b>Stav pokožky</b>	Rány, alergické rozedření kůže	Vlhká	Suchá, šupinatá	Normální
<b>Přidružené onemocnění</b>	Trombóza, onemocnění tepen, nádory	Roztroušená skleróza, obezita	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné
<b>Fyzický stav</b>	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobrý
<b>Psychický stav</b>	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý
<b>Aktivita</b>	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící
<b>Pohyblivost</b>	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená
<b>Inkontinence</b>	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není
<b>Riziko dekubitů dle Nortonové</b>				<b>Celkem bodů</b>

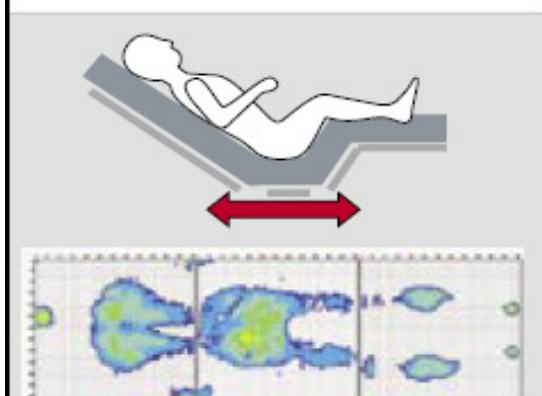
## Příloha č. 6



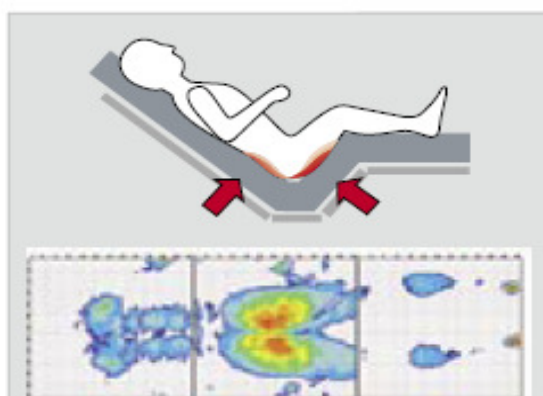
V pánevní oblasti vzniká díky autoregresi dost místa i pro obézního pacienta.



Bederní oblast patří k nejkritičtějším místům pro vznik dekubitů.



Prostor v pánevní oblasti je rozšířen o 18 cm, tlakové zatížení je o 40% nižší.



Dochází ke stlačení kritických míst a roste riziko vzniku dekubitů.

## Příloha č. 7

Pasivní antidekubitární matrace



## Příloha č. 8 Aktivní antidekubitární matrace

### aktivní antidekubitní systémy

#### PRODERM 5



- Efektivní terapeutický a prevetivní aktivní antidekubitní systém. Matrace Proderm 5 kombinuje dva vysoce účinné principy léčby dekubitů – laterální polohování a Low air-loss systém.
- Automatické nastavení kinetické terapie (laterálního náklonu) zajišťuje periodické polohování pacienta v obou směrech v úhlu až 20°.
- Speciálně tvarované dvojité komory (tvar „8”).
- Typ dynamického režimu: automatický oboustranný laterální náklon.
- Délka intervalu: 5–95 minut (nastavitelný po 5 minutách).
- Výška matrace: 27 cm.
- Max. hmotnost pacienta: 280 kg.



#### PRODERM 4



- Matrace Proderm 4 se systémem napouštění 3-1 je efektivním dynamickým systémem pro prevenci a léčbu dekubitů. Je vhodná i pro pacienty s nejvyšším rizikem vzniku dekubitů.
- Low Air Loss – systém poskytuje temperovaný proud vzduchu o průtoku 1,8 litru za sekundu a zajišťuje tak vzduchové chlazení a osušování pokožky pacienta.
- Speciálně tvarované dvojité komory (tvar „8”).
- Typ intervalu: 3-1 (dynamický režim).
- Délka intervalu: 5–95 minut (nastavitelný po 5 minutách).
- Výška matrace: 24 cm.
- Max. hmotnost pacienta: 280 kg.



#### PRODERM 3 PLUS



- Matrace je vybavena 3-1 systémem napouštění, nastavením úrovně tlaku podle váhy pacienta a digitálním řízením intervalu napouštění. Proderm 3 plus je vhodný i pro pacienty s nejvyšším rizikem vzniku dekubitů.
- Možnost volby dynamického nebo statického režimu.
- Speciálně tvarované dvojité komory (tvar „8”).
- Typ intervalu: 3-1 (dynamický režim).
- Délka intervalu: 5–30 minut (nastavitelný po 5 minutách).
- Výška matrace: 24 cm.
- Max. hmotnost pacienta: 190 kg.



#### PRODERM 3



- Matrace je vybavena 3-1 systémem napouštění a manuálním řízením úrovně tlaku podle váhy pacienta. Proderm 3 je určen pro pacienty s vysokým rizikem vzniku dekubitů a pro léčbu dekubitů III. stupně.
- Možnost volby dynamického nebo statického režimu.
- Speciálně tvarované dvojité komory (tvar „8”).
- Typ intervalu: 3-1 (dynamický režim).
- Délka intervalu: 20 minut.
- Výška matrace: 24 cm.
- Max. hmotnost pacienta: 190 kg.

